

Barnhälsorapport 2015

Kartläggning av barns och ungas hälsa i Västerbottens län



REGION
VÄSTERBOTTEN

Förord

Alla barn och unga har rätt till bästa möjliga fysisk och psykisk hälsa, trygga uppväxtvillkor och god utbildning, vilka tillsammans ger förutsättningar för ett gott liv. Föräldrars stöd till barnet i form av god anknytning och god livsstil är de viktigaste förutsättningarna för en bra start. Kommunerna och landstinget, i form av förskola, skola, hälso- och sjukvård samt socialtjänsten, har ett stort ansvar för såväl den tidiga och som den fortsatta utvecklingen. Främst genom att stödja friskfaktorer och undanröja riskfaktorer samt att vid behov ha effektiva insatser.

Men hur vet vi att det vi gör får effekt?

Länsgrupp Barn och Unga beslöt i sin Strategiska plan 2011 att arbetet med att förbättra barn och ungas hälsa i Västerbottens län skulle bygga på kunskapsunderlag om hur våra barn mår. Viss kunskap fanns på länsnivå men kunde inte återfinnas på kommunal nivå, där de bästa förutsättningar för förbättringsarbete finns. Länsgrupp Barn och Unga beslöt då att sammanställa officiell statistik från olika områden som tillsammans kunde ge en helhetsbild av hur barn och unga har det i Västerbotten och som kunde redovisas på kommunal nivå. Den första rapporten kom 2012.

Föreliggande Barnhälsorapport 2015, som är den andra i ordningen, visar både stabilitet på och förändringar i mätetalen jämfört med 2012. Rapporten kan användas som underlag till fortsatt arbete – uthållighet med det som verkar fungera, förbättringsarbeten – för det har inte gått som vi tänkt och som underlag för nödvändiga beslut.

Jag vill rikta ett varmt tack till arbetsgruppen som tagit fram årets rapport. Kajsa From Rundblad, elevhälsochef, Umeå kommun, Per- Daniel Liljegren, FoU-ledare, Region Västerbotten, Sven-Arne Silfverdal, barnhälsovårdsöverläkare, Norrlands Universitetssjukhus, Marie Ernestad, chef, FoU Valfärd, Region Västerbotten, Ulf Norberg, socialchef, Vännäs kommun, Tobias Thomson, strateg utbildning och kompetensförsörjning, Region Västerbotten och Helen Bäckman, grafisk formgivare och kommunikatör, Region Västerbotten som gjort layouten.

Tack också till alla som bidragit med underlag, texter och kloka synpunkter under arbetets gång.

Ett särskilt tack till Anna Norin, utredare vid Region Västerbotten som skrivit rapporten.

Ett slutligt "Tack på förhand" till alla er som nyttjar kunskapsunderlaget för det fortsatta arbetet med barns och ungas hälsa i Västerbotten.

BrittInger Högberg

Ordförande i Länsgrupp Barn och Unga under 2015

Strateg Staben för planering och styrning, Västerbottens läns landsting

Producerad av: Region Västerbotten

Författare: Anna Norin, Region Västerbotten

Grafisk form: Helen Bäckman, Region Västerbotten

Tryck: Tryckeri City i Umeå

Upplaga: 500 exemplar

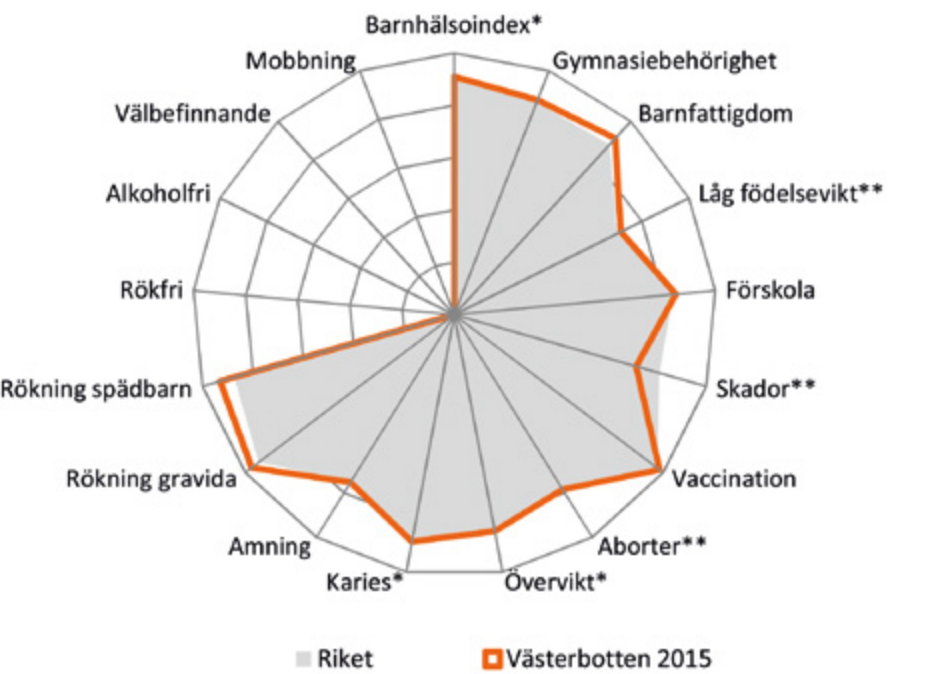
ISBN: 978-91-982256-2-4



Innehållsförteckning

Hälsoläget för barn och unga i Västerbottens län	6
Barnhälsorapport 2015 som verktyg	9
Målområde 1: Delaktighet	11
Målområde 2: Ekonomiska och sociala förutsättningar	16
Målområde 3: Barns och ungas uppväxtvillkor	19
Målområde 5: Miljöer och produkter	25
Målområde 7: Skydd mot smittspridning	28
Målområde 8: Sexualitet och reproduktiv hälsa	31
Målområde 9: Fysisk aktivitet	35
Målområde 10: Matvanor och livsmedel	38
Målområde 11: Alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel	42
Målområde 12: Psykisk hälsa och välbefinnande	47
Litteratur	50
Barnhälsoindex	54

Hälsoläget för barn och unga i Västerbottens län



Barn och unga i Västerbotten har ett något bättre hälsoläge än i riket. Västerbotten har lägre barnfattigdom, något lägre andel barn som föds med låg födelsevikt och en lägre grad av rökning kopplat till graviditet och spädbarn. Västerbottens stora utmaning är en fortsatt relativt hög skadeförekomst bland barn och unga. I ett internationellt perspektiv är hälsan och förutsättningarna för hälsa god i Västerbotten och i Sverige. Jämfört med andra rika länder rankas Sverige som nummer fem i en jämförelse av UNICEF. Sverige har relativt goda förhållanden när det gäller barn som föds med låg födelsevikt och spädbarnsdödlighet. De svenska utmaningarna, som även visar sig i barnhälsoindex för Västerbotten, är för skolresultat och utbildningsdeltagande och när det kommer till matvanor och fysisk aktivitet är Sverige bland de sämre av de 29 länder som ingår i jämförelsen. (UNICEF, 2013)

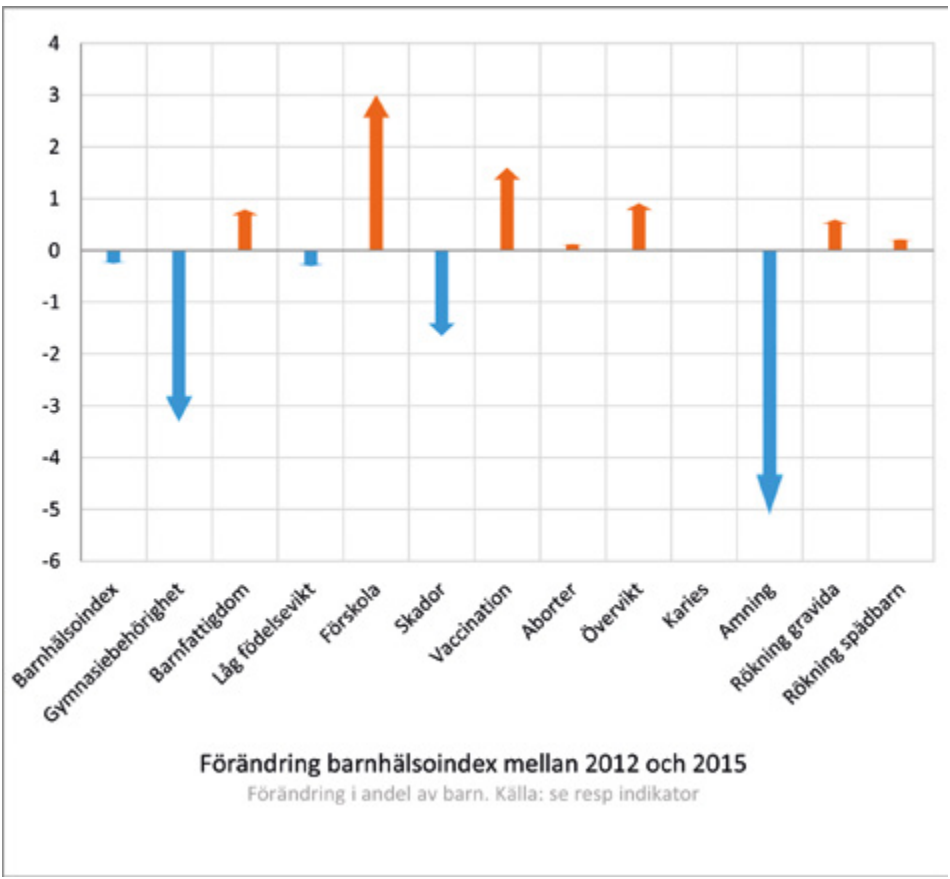
Tabell 1: Barnhälsoindex kommun (exkl tobaksfri, alkoholfri, välbefinnande och mobbing)

	Umeå	Skellefteå	Västerbotten	Lycksele	Vännäs	Storuman	Bjurholm	Norsjö	Robertsfors	Dorotea	Malå	Sorsele	Vilhelmina	Nordmaling	Vindeln	Åsele
År 2015	92	91	91	90	90	90	90	90	89	89	89	88	88	88	87	86
År 2012	92	91	91	90	91	91	86	89	89	89	91	92	87	86	88	90
Δ	-0,4	0,2	-0,2	0,3	-0,4	-1,2	4,0	0,2	-0,3	0,0	-2,3	-3,5	0,8	1,7	-1,1	-3,4

* För riket saknas jämförbar statistik på övervikt respektive karies. Riket har samma värden som Västerbotten i diagrammet.

** I barnhälsoindex räknas alla indikatorer som procent av barn. För indikatorerna låg födelsevikt, skador och aborter blir det små värden. I spindeldiagrammet används istället promille för att belysa skillnaderna mellan Västerbotten och riket.

Umeå och Skellefteå har högst värde på barnhälsoindex 2015. Umeå har minskat något jämfört med 2012 medan Skellefteå haft en liten ökning. Bjurholm har den största ökningen medan Sorsele har den största minskningen. Det är skillnader mellan kommunerna vilka ingående indikatorer som har ökat och minskat (se respektive kommunblad).



Hälsoläget för barn och unga i Västerbotten 2015 är nästintill oförändrat jämfört med hälsoläget 2012. Detsamma gäller för riket. Däremot har hälsoläget förändrats både för enskilda kommuner och för enskilda indikatorer. Indikatorerna i barnhälsoindex är kopplade till de 11+1 målområden som finns för folkhälsan i Västerbotten.

Allt färre unga har gymnasiebehörighet

Utan grundläggande kunskaper från gymnasiet riskerar unga att hamna inte bara i ett utanförskap på arbetsmarkanden utan får det även svårare att vara delaktiga i en demokratisk samhällsutveckling. Resultat i skolan är nära sammankopplat med föräldrars (särskilt moderns) utbildningsnivå vilket gör att utanförskap kan gå i arv. Delaktighet i samhället (målområde 1) är nära sammankopplat med socioekonomiska förutsättningar (målområde 2) och är en förutsättning för välbefinnande och psykisk hälsa (målområde 12). Många av de som saknar grundläggande kunskaper från grundskolan har även utmaningar när det gäller många av de andra målområdena (till exempel ANDT, målområde 11).

Socialekonomiska förutsättningar bättre i många kommuner

Socioekonomiska förutsättningar (målområde 2) är kopplat till utmaningar inom alla övriga målområden. Barn och unga med sämre sociala och ekonomiska förutsättningarna har högre risk att drabbas av ohälsa än de med bättre förutsättningar. En indikator på vilka socioekonomiska förutsättningar barn och unga startar sitt liv med speglas i andelen barn med låg födelsevikt. En större andel av barn föds med låg födelsevikt idag än år 2012. Samtidigt har barnfattigdomen minskat något under senare år men fortfarande lever närmare 10 procent av barn och unga i Västerbotten i fattigdom. Barn och unga i Västerbotten har fortsatt bättre ekonomiska förutsättningar än i riket.

Större andel barn går i förskola i nästan alla kommuner

Förskolan och skolan har ett viktigt uppdrag att kompensera för de skillnader i förutsättningar som finns mellan barn och unga. Förskolan är en central del av uppväxtvillkoren (målområde 3) och redan i förskolan läggs grunden för de resultat eleverna har när de går ut grundskolan. I Västerbotten ökar andelen barn som går i förskola.

Skadeförebyggande arbete fortsatt viktigt

Västerbotten har en tydligt högre andel barn som behöver sjukhusvård till följd av skador än riket och det är den indikator som har försämrats för nästan alla kommuner. Det kan delvis bero på en ökad benägenhet att rapportera men det är trots det en oroande utveckling (se målområde 5).

Starkare skydd mot smittspridning

Andelen barn som vaccineras mot mässling, påssjuka och röda hund under sina första år fortsätter att öka från en redan hög nivå. Infektionssjukdomar orsakar mycket ohälsa och vaccinationer är en av de effektivaste metoderna för att förhindra att smitta sprids (se målområde 7). Aborter är en indikator som speglar både smittspridning av sexuellt överförbara sjukdomar och den reproduktiva hälsan (se målområde 8). Andelen unga kvinnor 15-19 år som genomgår en abort har minskat i Västerbotten sedan 2012.

Minskning av andel barn med övervikt och karies

Andelen 4-åringar med övervikt och andelen 3-6-åringar med karies har minskat sen 2012. Det pekar på en förbättring när det gäller matvanor och fysisk aktivitet hos barn och unga (målområde 10 respektive 9). Matvanor grundläggs tidigt i livet och amning minskar risken för sjukdomar senare under livet. Andelen barn som ammas minskar något i Västerbotten jämfört med tidigare.

Alkoholfritt och tobaksfritt

Alkohol- och tobaksbruk är relativt lågt i Västerbotten. Gravida som röker vid inskrivningen vid mödrahälsovården har minskat sedan 2012 och det är även en lägre andel spädbarn som bor i ett hushåll där någon röker. För alkohol- och tobaksbruk i årskurs 9 saknas jämförbarhet bakåt i tid och det finns inte heller att tillgå för alla kommuner. Under målområde 11 beskrivs hur stor andel av unga som är tobaksfria och alkoholfria för en del av länets kommuner.

Välbefinnande och avsaknad av mobbing

Välbefinnande och avsaknad av mobbning är nära sammankopplat med de flesta övriga målområden. Mobbning leder till minskad delaktighet (målområde 1) och till minskat välbefinnande. I Västerbotten är välbefinnande och psykisk hälsa extra prioriterad och Västerbotten har psykisk hälsa som ett extra målområde utöver de elva nationella målområdena. Välbefinnande och mobbning mäts genom frågor till barn och unga, bland annat genom hälsosamtalet i skolan.¹ I målområde 12 beskrivs barns välbefinnande och förekomsten av mobbning för en del av länets kommuner.

1. Även ANDT- och UNGA-undersökningarna ställer frågor kring mående.

Barnhälsorapport 2015 som verktyg

Barnhälsorapporten ger fågelperspektivet på barns och ungas hälsa. Den översiktliga bilden visar hur förutsättningar och utmaningar för barns och ungas hälsa varierar mellan kommuner och över tid. Många av målområdena är sammankopplade på det viset att de barn som har utmaningar inom ett målområde även ofta har utmaningar inom ett annat.

Målområdena är bestämningsfaktorer för hälsa. Genom att förstärka/förbättra dessa ökar graden av hälsa hos barn och unga. Genom ökad delaktighet, bättre ekonomiska och sociala förutsättningar, bättre uppväxtvillkor, en god miljö och så vidare kommer barn och unga att må fysiskt och psykiskt bättre. Varje målområde beskriver vad hälsoutfallen blir om utmaningar inte adresseras. Det finns även en beskrivning över de långsiktiga trenderna - i vilken riktning går utvecklingen?

Till varje målområde finns många verktyg, metoder och handledningar för hur organisationer och verksamheter kan arbeta med respektive område. I rapporten presenteras en del av dessa. Det finns fler och urvalet är gjort utifrån att det ska komma från sammanhang där det finns ett bestående uppdrag att arbeta med den aktuella frågeställningen. Alla verktyg som presenteras är kostnadsfria.

För respektive kommun finns ett separat kommunblad som beskriver hälsoläget för de barn och unga som bor där. Där görs en jämförelse dels med länet och dels visas hur de olika indikatorerna förändrats sedan Barnhälsorapport 2012.

Barnhälsorapport är tänkt att vara ett verktyg för de beslutsfattare och verksamhetsansvariga som har till uppgift att arbeta strategiskt och framåtblickande för att de som är barn och unga idag och i framtiden ska få bästa möjliga förutsättningar. Rapporten är även tänkt som ett verktyg och som en inspiration för de som möter barn och unga i sin verksamhet. Framför allt ska underlaget öka kunskapen om hur barns och ungas hälsa är utfallet av många olika, ibland samverkande, faktorer och på så sätt bidra till samtal och diskussion kring hur barn och unga mår i Västerbotten.



Foto: Joel Nordin

Delaktighet

Delaktighet är en av de viktigaste förutsättningarna för psykisk och fysisk hälsa. Delaktighet innebär att människor känner att de har inflytande över sin livssituation och att de känner tillit till sina medmänniskor och till samhällets olika instanser. Det inkluderar demokratisk delaktighet i beslutsfattande och även socialt och kulturellt deltagande. Förekomsten av mobbning och diskriminering skapar och förstärker utanförskap. Känslan av delaktighet och möjligheterna till inflytande och tillit varierar mellan olika grupper i samhället. De med sämre socioekonomiska förutsättningarna har den lägsta delaktigheten oavsett vilka faktorer som mäts. (Statens folkhälsoinstitut, FHI, 2011a, 2011b).

Demokratisk delaktighet

Barn och ungas möjligheter till demokratiskt inflytande är mindre än vuxnas eftersom de inte har möjlighet att rösta i val. Deras möjligheter till inflytande på beslut som rör deras vardag är också begränsat, exempelvis i skolan. Barn och unga betraktas ofta som klienter, elever eller kunder och inte som medborgare med en röst som ska höras och som ska ges möjlighet att delta i formandet av ett demokratiskt samhälle. (Sveriges kommuner och landsting, SKL, 2012)

8. Barn och vuxna fattar beslut tillsammans
7. Barn leder och tar initiativ till handling
6. Vuxna tar initiativ till gemensamma beslut med barnen
5. Barn tillfrågas och informeras
4. Barn ges uppgifter och informeras
3. Barn deltar symboliskt
2. Barn används som utsmyckning
1. Barn manipuleras

Det finns en stegen som symboliserar graden av barns och ungas deltagande och inflytande. De tre nedersta stegen är det i själva verket ett icke-deltagande där barnen manipuleras, används som utsmyckning eller bara får delta symboliskt. Barn är bara med som klient, elev, utsmyckning eller mottagare av åtgärder. På fjärde nivån informeras barn och unga men de kan inte påverka besluten. På femte nivån tas barnens synpunkter tillvara men de är inte med och fattar besluten. På de tre översta nivåerna får barn och unga vara delaktiga i beslutsfattande som påverkar dem. Det är först här som det finns ett verkligt deltagande. (Hart, 1992)

Webbaserat verktyg för att lyssna på barn och unga på ett sätt som sträcker sig bortom intervjuer eller enbart samtal oavsett verksamhet. "Unga direkt på webben" finns på Barnombudsmannen.se.

Rollspel för unga att träna på och förstå demokratins dilemman finns på MUCF.se.

Skolverket har tagit fram "Främja, förebygga, upptäcka och åtgärda" som visar hur skolan kan arbeta mot trakasserier och kränkningar.

Inspirationsbok för hur kommuner, och även föreningar, kan arbeta för mänskliga rättigheter "Mänskliga rättigheter på hemmaplan". Finns på DO.se.

En aktiv fritid

Delaktighet i kultur- och fritidsaktiviteter är betydelsefullt för barns och ungas välbefinnande och psykiska hälsa. Organiserade aktiviteter ger möjlighet att förstå hur samhället fungerar, att påverka och vara med i en gemenskap. En aktiv fritid kan dessutom bidra till en god fysisk hälsa. Samtidigt är fritiden en möjlighet att göra sådant som inte är styrt av vuxna utan där barn och unga själva disponerar sin tid. (Ungdomsstyrelsen, 2007)

Alla har inte samma möjligheter att delta i sociala och kulturella aktiviteter utan barn och unga utestängs på grund av mobbning, diskriminering eller skillnader i socioekonomiska och andra förutsättningar. Ungdomar som inte identifierar sig som heterosexuella och cisperson deltar i mindre utsträckning i organiserade fritidsaktiviteter. En lägre andel av de ungdomarna deltar i idrottsföreningar och nästan en tredjedel avstår från att besöka kommunala fritidsaktiviteter av rädsla för att bli dåligt bemött. Samma sak gäller även ungdomar med någon typ av funktionsnedsättning. (Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor, MUCF, 2014)

Ungdomar som är födda i ett annat land eller är nyanlända till Sverige är med i föreningar i lägre grad än svenskfödda. Det beror inte på ovilja att delta utan är delvis kopplat till socioekonomiska förutsättningar. Ungdomar i lågstatusområden besöker i större utsträckning fritidsgårdar och bibliotek som är avgiftsfria medan ungdomar i högstatusområden i större utsträckning deltar i avgiftsbelagda förenings- eller kulturskoleaktiviteter. De socioekonomiska förutsättningarna avgör vilka typer av fritidsaktiviteter som ungdomar ägnar sig åt. Oavsett andra förutsättningar är deltagande i fritidsaktiviteter generellt lägre bland flickor utom för kulturaktiviteter. (MUCF, 2014)

Mobbing

När barn och unga mobbas av andra barn och unga eller av vuxna kan det få stora effekter på deras välmående. Mobbning innebär att utestängas från gemenskap med andra, ett av de mest grundläggande mänskliga behoven. Förekomsten av mobbning uppskattas genom enkäter till elever i skola och andra sammanhang, bland annat genom de elevhälsoenkäter som används vid hälsosamtalen i skolan som alla elever har med skolsköterskan på sin skola i förskoleklass, årskurs 4, och 7 samt år 1 i gymnasiet. Många av länets kommuner genomför olika undersökningar² för att belysa hur vanligt det är att barn mobbas av andra barn eller av vuxna som de möter.

Resultat från hälsosamtalet i skolan att en relativt många upplever att de blivit retade, utstötta eller på annat sätt blivit illa behandlade de tre senaste månaderna antingen av andra elever eller av vuxna i skolan (årskurs 4). Av de som svarade var det 63 procent som svarade att de inte upplevt något av detta (se målnråde 12 för fler resultat från hälsosamtalet i skolan).

Diskriminering

Diskriminering innebär att alla inte får möjlighet att vara delaktiga i samhället på samma villkor. Personer eller grupper utsätts direkt eller indirekt för en orättvis behandling på grund av olika egenskaper/förutsättningar som de har. I Sverige finns sju lagstadgade diskrimineringsgrunder: kön, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning, funktionsförmåga, ålder, könsidentitet eller könsuttryck. Det finns även andra faktorer utifrån vilka människor blir diskriminerade som exempelvis socioekonomiska förutsättningar, vikt eller relationsstatus. Skillnaden är att diskriminering i de fallen inte är straffbart. (MUCF, 2014b)

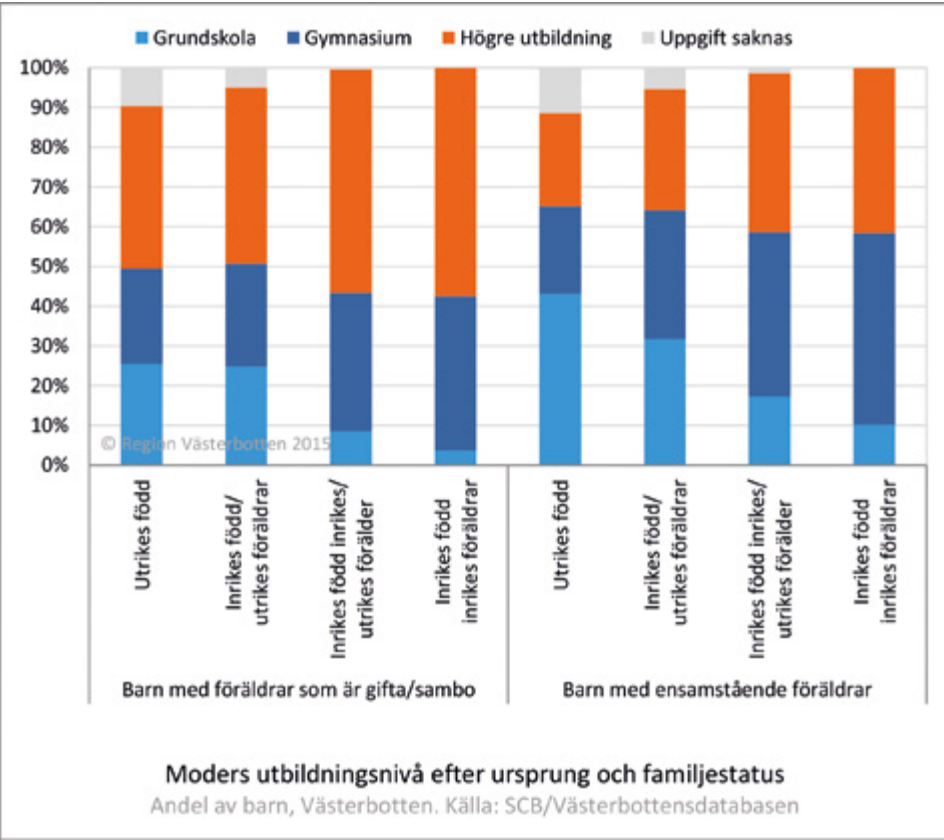
1. Se målnråde 3 för en beskrivning av Hälsosamtalet i skolan. Av de hälsosamtal som görs finns samtalen i Lycksele, Malå, Nordmaling, Robertsfors, Skellefteå, Umeå och Vindeln insamlade i en gemensam databas. För årskurs 4 motsvarar det 1 658 enkäter.

2. Undersökningarna beskrivs under målnråde 11.

Skilda förutsättningar för delaktighet

Sämre socioekonomiska förutsättningar påverkar delaktighet i samhället på många sätt. Det exkluderar barn och unga från fritidsaktiviteter, det innebär sämre förutsättningar för goda resultat i skolan och barnens framtida möjligheter, det är kopplat till möjligheter att delta i det demokratiska arbetet och det är relaterat till diskriminering. (FHI, 2011a)

Barns och ungas socioekonomiska förutsättningar har betydelse för deras socioekonomiska möjligheter som vuxna. Framgång i skolan och goda betygsresultat är sammankopplat med moderns utbildningsnivå. Moders utbildningsnivå har också starkt samband med andras hlsoutfall som exempelvis förekomst av karies (se målnråde 10). Moders utbildningsnivå är en indikator på hur förutsättningarna för delaktighet varierar.



Det finns tydliga skillnader i moders utbildningsnivå mellan olika grupper av barn. Störst andel barn med mödrar som har enbart grundskoleutbildning finns bland de som är födda i annat land och lever med en ensamstående mamma. Överlag är det lägre utbildningsnivåer bland ensamstående mödrar jämfört med mödrar som är gifta eller sambo. Samma mönster gäller för ursprung. Inrikes födda barn med inrikes födda föräldrar har mödrar med högre utbildningsnivåer. Det finns även geografiska skillnader där andelen mödrar med högre utbildning är betydligt högre i befolkningsmässigt större kommuner och lägre i kommuner med mindre befolkning.

Normer

Många olika förutsättningar avgör i vilken grad barn och unga inkluderas i samhället. Det betyder ett barn kan vara missgynnat utifrån flera olika perspektiv genom att det exempelvis tillhör en etnisk minoritet samtidigt som barnet har en nedsatt funktionsförmåga. Det här är lite förenklat intersektionalitet. I alla insatser är det viktigt att fundera på komplexiteten av utmaningar och möjligheter som barn och unga möter i sin vardag och hur de samverkar.

Genom att ha ett förhållningssätt i arbetet med barn och unga där utgångspunkten är att se vilka som får fördelar och privilegier genom att tillhöra vissa grupper kan det bli lättare att utforma verksamhet så att den blir öppen för fler. Vilka som får fördelar beror på de normer och värderingar som finns i ett visst sammanhang. Att kritiskt belysa vilka normerna är och vilka som gynnas kan vara ett tillvägagångssätt som är mer konstruktivt än att enbart fokusera på de som på olika sätt bryter mot normen. Genom ett så kallat normkritiskt förhållningssätt går det att lättare fånga komplexiteten av barn och ungas möjligheter utifrån deras egna förutsättningar.

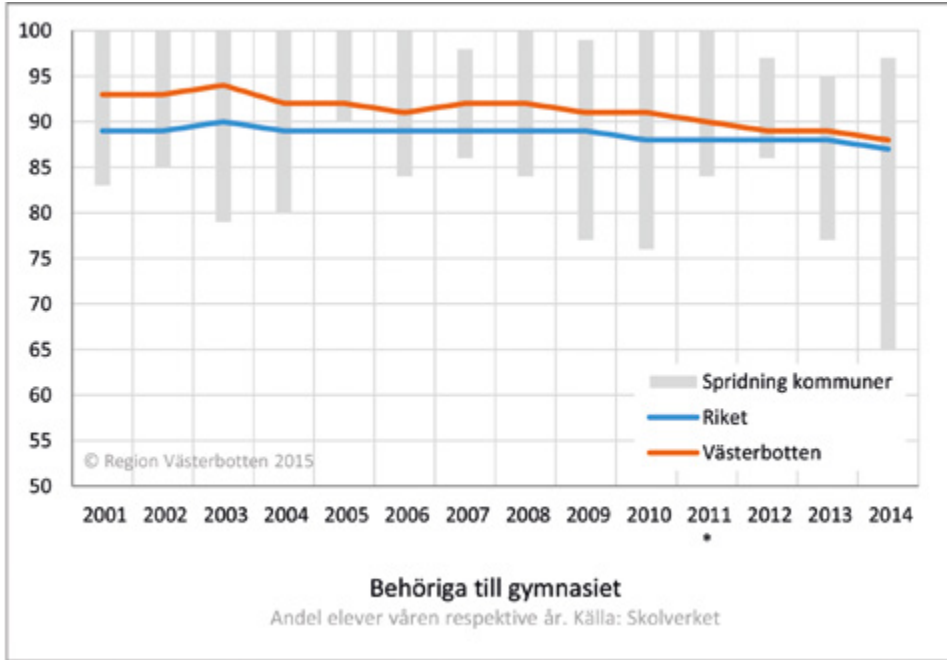
Det finns ett metodmaterial hur man kan arbeta med att fånga de normer och värderingar som styr i det egna sammanhanget och hur det leder till att vissa utestängs och diskrimineras. Materialet heter Bryt! och finns på rfslungdom.se.

3. Det finns även en grupp barn som lever med en ensamstående pappa. För de barnen finns inte moders utbildningsnivå registrerad.

4. Sambo med gemensamma barn. Finns inte gemensamma barn klassificeras man som ensamstående

Gymnasiebehörighet visar på delaktighet

Behörighet till gymnasiet är en indikator på delaktighet i samhället. Redan tidigt i livet utestängs unga från olika sammanhang eftersom de saknar nödvändiga baskunskaper. Det här skapar ett utanförskap som riskerar att bli varaktigt eftersom avsaknad av tillräcklig utbildning även får betydelse för deras möjligheter på arbetsmarknaden och kommer påverka barnens framtida socioekonomiska förutsättningar. Om man saknar förmåga till läsförståelse⁵ får det även betydelse på många andra sätt för delaktighet i samhället och i samhällsdebatten och i förlängningen påverkas den demokratiska delaktigheten.



Allt större andel unga saknar gymnasiebehörighet. Hos de som slutade årskurs nio våren 2014 var andelen den lägsta under 2000-talet. År 2001 var andelen med gymnasiebehörighet drygt 90 procent för att år 2014 ha sjunkit till cirka 87 procent. Minskningen har varit kraftigare i Västerbotten än i riket och Västerbotten ligger nu på ungefär samma andel som i riket. Skillnaderna mellan kommunerna har varierat genom åren. De tre senaste åren har det inte längre varit någon kommun som har haft 100 procent behöriga. Våren 2014 var det som lägst 65 procent som hade betyg i alla ämnen och som högst 97 procent. (*2011 skärptes kraven för behörighet)

5. Resultat på nationella prov i läsförståelse visar att andelen som klarar godkänd har minskat över tid i Västerbotten. Det gäller både de som skriver provet i svenska eller provet i svenska som andraspråk. Källa: Skolverket.



Foto: Johan Günséus

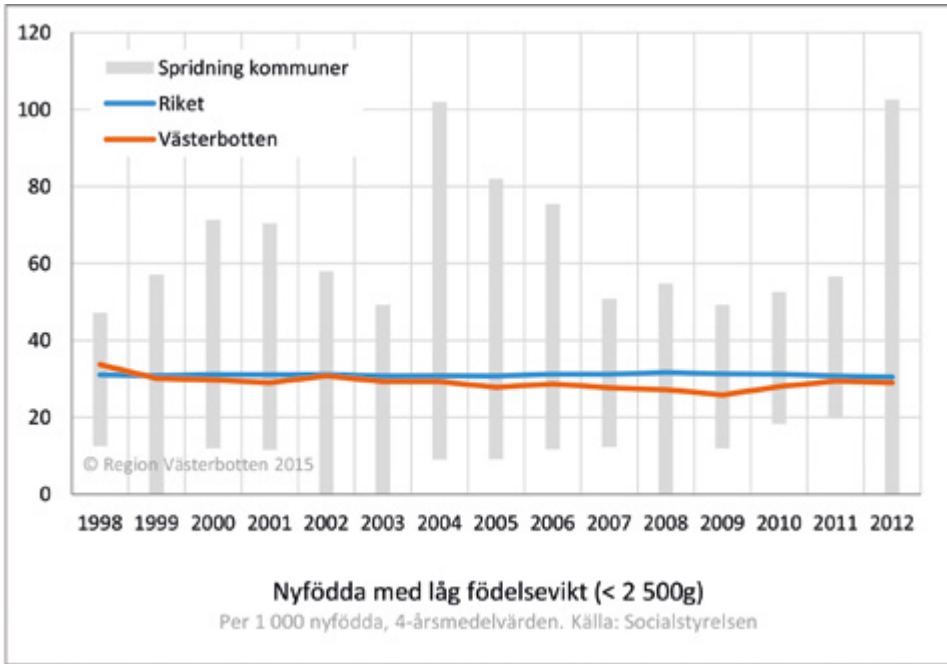
Ekonomiska och sociala förutsättningar

Ekonomiska och sociala förutsättningarna har samband med den psykiska och fysiska ohälsan. Sambandet är många gånger dubbelriktat där ekonomiskt utsatta grupper har sämre hälsa och där personer med sämre hälsa också hamnar i en sämre ekonomisk situation. Ohälsa förknippas ofta med arbetslöshet, låg utbildning och ökande inkomstspridning. Ungdomar eller unga vuxna är en grupp som i större utsträckning än andra grupper lever i ekonomisk utsatthet. En annan grupp är ensamstående med barn. (FHI, 2011a)

Hälsan ökar med stigande inkomst även om hälsoförbättringen av en ökning av inkomsten är större vid lägre inkomstnivåer. Det är inte bara den egna absoluta inkomstnivån som har betydelse för hälsan utan även inkomsten relativt andras inkomster. En ökad inkomstspridning leder till ökad ohälsa. Viss forskning har visat att den genomsnittliga hälsan är högre i regioner där inkomsterna är mer jämnt fördelade. I Västerbotten är inkomstspridningen relativt låg. De med låga respektive höga inkomster utgör en mindre andel av befolkningen här än i riket som helhet. (Region Västerbotten, 2012)

Socioekonomiska skillnader redan under fostertiden

Barns familjeförhållanden och särskilt deras mödrars socioekonomiska förutsättningar påverkar barnens hälsa redan under fostertiden. Låg utbildningsnivå hos modern innebär en högre risk för låg födelsevikt och för tidig födsel. Låg födelsevikt och för tidig födsel innebär ökad risk bland annat hjärt- och kärlsjukdomar senare i livet. Låg födelsevikt tillsammans när mamman rökt under graviditeten innebär en sex gånger högre risk att drabbas av astma (Modig & Forsell, 2014). Sämre socioekonomiska förutsättningar för mamman innebär koppling till barnets resultat i skolan och även i sin tur barnets framtida socioekonomiska möjligheter. (Statistiska centralbyrån, SCB, 2008)

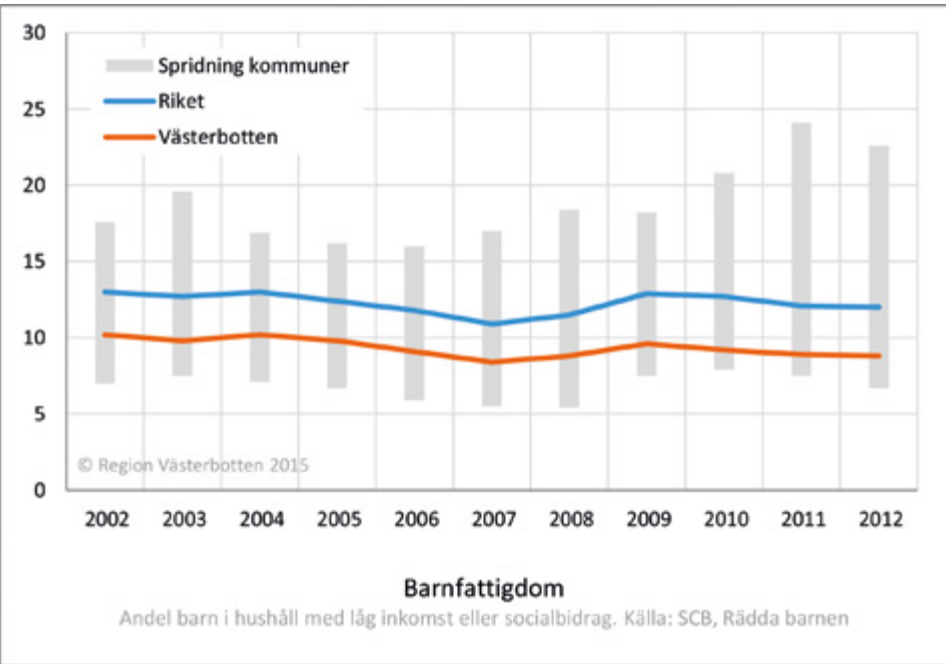


I Västerbotten har andelen som föds med låg födelsevikt varit svagt minskande från slutet av 1990-talet fram till 2006-09. Efter det har det istället varit en svag ökning. En förklaring kan vara ökningen av flyktingar som får uppehållstillstånd. Andelen barn med låg födelsevikt beräknas

som ett medelvärde över fyra år. Två årtal (2001/04 och 2009/12) då det varit en betydligt större variation mellan kommuner och högre värden än för övriga år. Dessa båda fyraårsmedelvärden sammanfaller med ekonomiska konjunkturedgångar vilket ytterligare visar på kopplingen till mammans socioekonomiska förutsättningar. variation mellan kommuner och högre värden än för övriga år. Dessa båda fyraårsmedelvärden sammanfaller med ekonomiska konjunkturedgångar vilket ytterligare visar på kopplingen till mammans socioekonomiska förutsättningar.

Ekonomiskt utsatta barn

De fattigaste barnen lever med föräldrar som i större utsträckning är födda i ett annat land, har låg utbildning eller lider av sjukdom. De fattigaste barnen lever därmed oftare i familjer där föräldrarna har längre till arbetsmarknaden vilket har betydelse för den vuxnes delaktighet i samhället. Rädda barnen¹ kartlägger varje år barnfattigdom i Sverige. (Rädda barnen, 2014)



Västerbotten har och har även tidigare haft en lägre andel som lever i ekonomiskt utsatta familjer. Liksom för riket minskade andelen barn som lever i fattigdom fram till den ekonomiska krisen 2008-09 då det blev en ökning under ett par år. År 2012 hade andelen åter minskat och var ner på nästan samma låga nivå som före krisen. I Västerbotten är det 8,8 procent av barnen som lever i fattigdom. Det motsvarar 4 400 barn i åldern 0-17 år. En majoritet har utländsk bakgrund, 2 500 barn, medan 1 900 barn har svensk bakgrund. Det innebär att cirka en tredjedel av barn med utländsk bakgrund lever i fattigdom jämfört med var tjugonde med svensk bakgrund. Spridningen mellan kommuner är stor och ökar under senare år som resultat av demografiska förändringar kopplat till utflyttning och invandring.

Även om barnfattigdomen räknat som andel av barn som lever i ekonomiskt utsatta hushåll har minskat i ett länge tidsperspektiv har inkomstklyftorna mellan olika grupper ökat. Fram till krisen i början av 1990-talet hade Sverige en relativt jämn inkomstfördelning. Idag är skillnaderna mellan de rikaste och de fattigaste hushållen större. Förutom barn med utländsk bakgrund är det barn till ensamstående föräldrar som haft en betydligt sämre inkomstutveckling än övriga barn. Även barn där någon i familjen lider av ohälsa eller där föräldrarna är arbetslösa har en större ekonomisk utsatthet. (Rädda barnen, 2014)

Barnombudsmannen.se/
max18/ har information och statistik
om barns levnadsvillkor i ett barn-
rättsperspektiv.

1. Länsstyrelsen i Skåne, Västerbotten respektive Jönköping har tagit underlag på uppdrag av regeringen som belyser ekonomisk utsatthet hos barn. (Länsstyrelsen Skåne & Länsstyrelsen Västerbotten, 2015).



Foto: Johan Günséus

Barns och ungas uppväxtvillkor

Barns och ungas uppväxtvillkor påverkar deras hälsa under uppväxten och även senare i livet. Det handlar om trygga uppväxtvillkor i hemmet med föräldrar som kan möta deras behov. Det handlar också om miljön i förskolan och skolan som har ett tydligt samband med deras hälsa. Skolan har även en roll i att låta barn och unga utveckla sina färdigheter vilket därmed blir en bas för ett hälsosamt vuxenliv. Skolprestationer har betydelse för psykisk ohälsa och tvärtom. Förskola och skola har även ett viktigt uppdrag där de kan kompensera för olikheter i barns och ungas förutsättningar beroende på till exempel socioekonomisk situation eller brister i hemmiljön. (FHI, 2011c)

Barnen och deras familjer

Relationen till föräldrarna och miljön i hemmet har stor betydelse för att förebygga hälsoproblem och riskbeteenden hos barnen. Forskning visar att ungdomar som växer upp med föräldrar som är både kontrollerande och varma (auktoritativa) presterar bättre i skolan, har mindre inåtvända psykiska problem och mindre beteendeproblem. Barn och unga värdesätter föräldrar som avsätter tid, lyssnar och bryr sig om sina barn. Särskilt utsatta är barn vars föräldrar brister i omsorgen på grund av missbruk, kriminalitet eller psykisk ohälsa. (FHI, 2011c)

Förskolan betydelsefull för barns och ungas hälsa hela livet

Prestationer i skolan påverkar och påverkas av barns och ungas psykiska hälsa. Svårigheter med att lära sig läsa och skriva påverkar det psykiska välbefinnandet samtidigt som läs och skrivförmåga är centralt för delaktighet i samhället, både som barn och som vuxen. Läs- och skrivutvecklingen börjar redan när barnen går i förskolan och forskning visar att förskolan har långsiktigt positiva effekter på barnens lärande. (Persson, 2012)

Förskolan har även visat sig kunna kompensera för skillnader i socioekonomiska förutsättningar. Undersökningar som SCB genomfört visar att barn från tidigare underrepresenterade grupper med sämre socioekonomiska förutsättningar idag går i förskolan i samma utsträckning som övriga barn (SCB, 2014). Förskolans möjligheter att utjämna för socioekonomiska skillnader har därmed ökat över tid och forskningen visar att det är barn från resursfattig bakgrund som har de mest positiva effekterna av att gå i förskola. Förskolan har även en roll att kunna fungera som en arena för ökad integration. En förutsättning för att den ska kunna göra det är en medveten pedagogik och hög utbildning bland personalen. Samtidigt finns det en utvecklingspotential där förskolan skulle kunna bli bättre på att hjälpa utsatta barn. (Persson, 2012)



Kommuner erbjuder stöd till föräldrar för att stärka föräldrarna i deras familjeroll, stödsatser till familjer där barn och eller vuxna lider av ohälsa i olika former eller familjerådgivning när föräldrarna behöver stöd i sin relation eller som stöd vid skilsmässa.

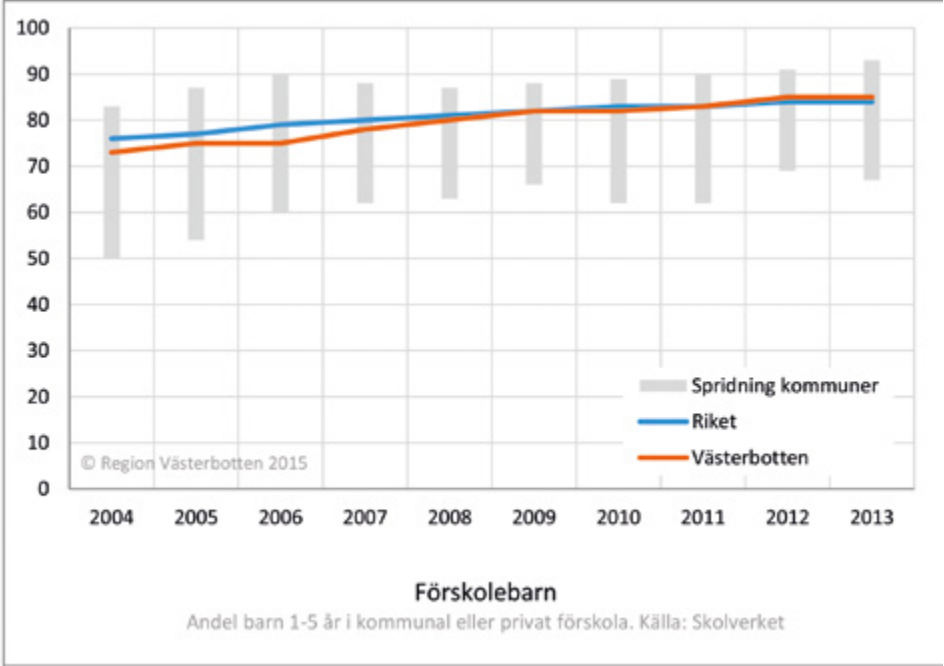


BRIS för vuxna. På barnerpektivet.se finns information som riktar sig till föräldrar och andra vuxna som möter barn i sitt arbete.

UNICEF.se erbjuder en arbetsmodell för skolor att införliva barnkonventionen i verksamheten med målet att bli En rättighetsbaserad skola

Rättighetscentrum Västerbotten arbetar för mångfald och mot diskriminering. Därmed också för jämlikhet och likabehandling och mot trakasserier och mobbning, sensus.se/rattighetscentrum/

Skolverket.se har utbildningar, verktyg och metoder för att främja skolans arbete med barns och ungas välbefinnande



Förskolan har en betydelsefull roll för att kompensera för skillnader i socioekonomiska förutsättningar och därmed kunna ge barn samma möjligheter till lärande och utveckling. I Västerbotten, liksom Sverige som helhet, har andelen barn som går i kommunal eller privat förskola ökat under det senaste decenniet. Idag är det cirka 85 procent av 1-5-åringar i Västerbotten som går i förskola. Samtidigt är det en stor spridning mellan länets kommuner. Kommunen med lägst deltagande har mindre än 70 procent av barnen i förskola medan kommunen med högst deltagande ligger på drygt 90 procent.

Skolans roll för barn och ungas hälsa

Skolans (och förskolans) syfte beskrivs i skollagen som att ”barn och elever ska inhämta och utveckla kunskaper och värden. Den ska främja alla barns och elevers utveckling och lärande samt en livslång lust att lära. Utbildningen ska också förmedla och förankra respekt för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande demokratiska värderingar som det svenska samhället vilar på.

I utbildningen ska hänsyn tas till barns och elevers olika behov. Barn och elever ska ges stöd och stimulans så att de utvecklas så långt som möjligt. En strävan ska vara att uppväga skillnader i barnens och elevernas förutsättningar att tillgodogöra sig utbildningen.

Utbildningen syftar också till att i samarbete med hemmen främja barns och elevers allsidiga personliga utveckling till aktiva, kreativa, kompetenta och ansvarskännande individer och medborgare.” (SFS 2010:800)

Skollagen har utgångspunkt i Barnkonventionen som är ett bindande internationellt avtal för barns rättigheter. Barnkonventionen pekar ut fyra grundläggande och vägledande principer för allt som rör barn: alla barn har samma rättigheter och lika värde, barnets bästa ska beaktas vid alla beslut som rör barn, alla barn har rätt till liv och utveckling och alla barn har rätt att uttrycka sin mening och få den respekterad.

Hälsosamtalet i skolan

Hälsosamtalet i skolan är ett samtal mellan varje elev och skolsköterska som en del i elevhälsans hälsofrämjande arbete. Hälsosamtalet är ett verktyg för att främja hälsa och förebygga ohälsa. Genom samtalet är det möjligt att samtala om sådant som oroar barnet, som till exempel bekymmer i hemmet eller kränkande behandling i skolan. Hälsosamtalet innehåller även frågor om skolmiljön, den psykiska och fysiska hälsan, relationer och olika levnadsvanor (matvanor, fysisk aktivitet, stillasittande, användning av alkohol, tobak och droger, samt sex och samlevnad).

Hälsosamtalet utgår från elevhälsoenkäter som är snarlika i alla fyra län i norra Sverige och som även används i ytterligare län. Samtalet genomförs i samband med de hälsobesök som alla barn gör i förskoleklass, åk 4, åk 7 och år 1 i gymnasiet i Västerbotten. (2 kap 27§ skollagen)

Skollagen säger även att utbildningen ska vara i överensstämmelse med demokratiska värderingar och mänskliga rättigheter samt vila på vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet. Alla ska ha lika tillgång till utbildning, den ska vara likvärdig oavsett var i landet den ges och barnets bästa ska alltid vara utgångspunkten.

Skolan får i och med det ett stort ansvar för att arbeta hälsofrämjande i sin verksamhet samtidigt som skolan har en potential att i sin verksamhet kunna åstadkomma förändring och kunna kompensera för skillnader i barns förutsättningar. Det finns inte någon annan verksamhet, privat eller offentlig, som möter alla barn och unga.

Skolinspektionen granskar varje år ett stort antal skolor och visar att det finns utvecklingsområden hos många skolor. Nästan alla verksamhets- och skolformer behöver utveckla individanpassningen utifrån barnens förutsättningar. Det kan handla om att lärare har låga förväntningar på eleverna och att det saknas kunskap i många verksamheter kring behov av särskilt stöd. Eleverna ges inte heller tillräckligt inflytande. Individuella utvecklingsplaner och omdömen har fokus på eleven och missar ofta att ange vad skolan själv ska göra för att eleven ska utvecklas. Skolinspektionen pekar även på behovet av att arbeta mer med att förebygga kränkningar. Rektorer får i många verksamheter inte stöd från huvudmännen i tillräckligt hög grad och kvalitetsarbetet kan förbättras på alla nivåer. (Skolinspektionen, 2014)

Barns möjlighet till skolgång

Förutsättningarna för barns skolgång ser olika ut beroende på var de bor. Det här innebär att utmaningarna för kommuner och enskilda skolor att arbeta med och genomföra skolans uppdrag ser olika ut.

	Antal elever åk1-9	Varav i friskolor	Antal skolor (ej friskolor)	Andel flickor	Andel utländsk bakgrund	Andel föräldrar eftergyt utb	Andel 7-12 år >15 min bilväg	Andel lärare högskoleexamen
Dorotea	215	-	1	53	12	35	12	87
Sorsele	230	-	4	45	20	26	13	87
Bjurholm	242	-	1	45	20	34	7	93
Åsele	256	-	2	50	9	43	8	95
Malå	311	-	2	54	6	45	11	92
Norsjö	358	-	2	51	11	36	12	96
Vindeln	449	-	6	52	8	48	5	89
Storuman	479	-	7	49	7	40	9	87
Robertsfors	602	-	6	46	8	49	0	97
Nordmaling	642	33	7	49	6	36	3	95
Vilhelmina	675	59	8	49	7	34	8	80
Vännäs	899	52	7	49	9	53	0	90
Lycksele	1 070	-	10	49	13	49	7	91
Skellefteå	6 939	177	42	49	10	53	0	96
Umeå	10 410	1 258	64	49	11	70	0	95
Västerbotten	23 565	1 581	169	49	10	58	2	94

I Västerbotten ser de praktiska förutsättningarna för tillgång till förskola, grundskola och gymnasium olika ut beroende på bostadsort. Totalt går 23 565 elever i grundskolans åk 1-9 i Västerbotten. Av dessa går cirka 1 600 i fristående skola. I Bjurholm och Dorotea går alla barn i respektive kommun i samma skola. Åsele och Sorsele har ungefär lika stort elevunderlag men uppdelat på två respektive fyra grundskolor. Även Vindeln och Storuman har relativt många skolor i förhållande till elevunderlaget.



Jamda.ub.gu.se är en databas med rapporter, utredningar och handböcker för jämställdhetsintegrering och jämställdhet i bredare mening. Bland annat finns "Genuspraktika för lärare".



På jamstalldskola.se finns mycket kunskap och många lästips för jämställdhet i skola och förskola, liksom på genuskolan.se.



Planforskolan.se är ett planeringsverktyg för det förebyggande arbetet mot diskriminering i skolan.



Husmodellen är en enkel och konkret granskningsmetod som kan bidra till att upptäcka risker för diskriminering och trakasserier i förskolan och skolan. Finns på DO.se.



Skolverket erbjuder bland annat ett stödmaterial med ingående beskrivning av vad kränkningar kan bestå i och vad det får för följder. "Främja, förebygga, upptäcka och åtgärda" finns på skolverket.se.

2. Det finns inga skillnader i betyg mellan barn med utländsk respektive svenskfödd bakgrund när man kontrollerar för föräldrars utbildningsnivå.

3. En kunskapsöversikt kring möjliga orsaker finns på genuskolan.se. <http://genus.se/meromgenus/teman/skola/kunskapsoversikter/konsskillnader-i-skolprestationer-och-pojkar-i-utbildning>

Många av länets kommuner är ytmässigt stora med en utspridd befolkning vilket skapar utmaningar för att tillhandahålla lika utbildning för alla. Färre skolor innebär längre restider för barnen att ta sig till och från skolan samtidigt som det innebär svårigheter att rekrytera lärare och även större kostnader att kunna tillhandahålla en likvärdig utbildning när elevunderlaget är litet. Redan idag är det närmare 300 barn i åldern 7-12 år i länet som har mer än 15 minuters resväg med bil till skolan (ca 2 procent). I en del kommuner är det mer än var tionde barn med lång resväg.

Bland alla elever är det 51 procent pojkar och 49 procent flickor men på kommunnivå finns det stora variationer i könsfördelningen. I Malå är det 54 procent flickor medan det i Bjurholm och Sorsele är 45 procent flickor. Barn i Sorsele och Bjurholm har i större utsträckning än i andra kommuner utländsk bakgrund. Var femte barn i åk 1-9 i de kommunerna kommer från ett annat land eller har minst en förälder född utomlands. Malå och Nordmaling har de lägsta andelarna barn med utländsk bakgrund (6 procent).

Andel av barnen som har en förälder med eftergymnasial utbildning (se målområde 1 för en diskussion kring kopplingen mellan hälsa och förälders utbildning) varierar kraftigt mellan kommunerna. I Umeå är det 70 procent av barnen som har en förälder med högre utbildning medan i Sorsele är motsvarande andel 26 procent. I ett nationellt perspektiv har Västerbotten den näst högsta andelen högutbildade föräldrar, bara Stockholms län har en högre andel. Andelen högutbildade lärare i grundskolan varierar stort mellan kommunerna. Som lägst är det 80 procent (i Vilhelmina) och som högst 97 procent (i Robertsfors).

En skola för alla

Skolans uppdrag är tydligt formulerad att skolan ska vara till för alla oavsett förutsättningar. I det ingår ett ansvar för att verksamhetens ska vara jämställd, inga barn ska diskrimineras och skolan ska arbeta för att det inte får förekomma kränkningar, trakasserier eller mobbning.

Jämställdhet råder när män och kvinnor har samma rättigheter, skyldigheter och möjligheter. Det finns dokumenterade skillnader mellan pojkar och flickor i skolan. När det gäller skolprestationer har flickor genomgående högre betyg än pojkar oavsett barnens förutsättningar i övrigt.² Pojkar är även överrepresenterade när det gäller avhopp från gymnasiet medan flickor i större utsträckning reagerar med stressymptom som ont i magen och huvudet.³ Jämställdhet i skolan* handlar om att skapa utrymme för varje barn/elev att växa och utveckla sina talanger bortom diskriminerande och hämmande könsroller (se målområde 8 för beskrivning av kön). (Heikkilä, 2015)

Diskriminering innebär förenklat att någon blir sämre behandlad än någon annan och att det har samband med kön, könsidentitet eller könsuttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder (se målområde 1 för diskussion och förslag på normkritiskt arbetssätt, se målområde 8 för bakgrund kring sexuell läggning och kön). Skolan har ett uppdrag att motverka diskriminering.

Kränkningar, trakasserier och mobbning i förskola och skola handlar saker som händer i elevgrupper men det förekommer även att personal kränker och mobbar enskilda barn. (Skolverket, 2014)

Gymnasieutbildning grund för vuxenlivet

Gymnasieutbildning är inte obligatorisk men förändrade krav och behov på arbetsmarknaden innebär att en gymnasieexamen är nödvändig för att ungdomar ska kunna komma in i arbetslivet. Nästan alla ungdomar läser vidare på gymnasiet men inte alla fullföljer sin påbörjade utbildning. De som från årskurs 9 saknar gymnasiebehörighet är en särskilt utsatt grupp (se målområde 1). Det påverkar deras framtida delaktighet i samhället och deras framtida socioekonomiska förutsättningar, vilka i sin tur har starka samband med deras framtida fysiska och psykiska hälsa.

I Västerbotten finns det gymnasieutbildning i sex kommuner: Umeå, Skellefteå, Vännäs, Lycksele, Vilhelmina och Storuman. Ungdomar i övriga nio kommuner flyttar hemifrån när de börjar gymnasiet. Hemkommunen betalar för varje plats till studiekommunen.

Ungdomar som hoppar av gymnasiet anger i en undersökning de att de vanligaste anledningarna till att de hoppar av gymnasiet är mobbning och socialt utanförskap, avsaknad av pedagogiskt stöd, vuxna som inte bryr sig och att de blivit illa behandlade av personal i skolan. Undersökningen visar även att många av de som hoppat av mår psykiskt dåligt och känner sig deprimerade, omotiverade och saknar energi. (MUCF, 2014c)

Hot och brott

Barn och ungdomar är både offer för brott och kan vara de som begår brott. Ibland är både offer och förövare barn. Oavsett om barnet är offer eller förövare finns det kopplingar till deras hälsa och välmående. Att bli utsatt för ett brott kan innebära negativa effekter på både den fysiska och psykiska hälsan. Förövare har i stor utsträckning annan problematik som olika typer av missbruk, sämre psykisk hälsa och har ofta själva utsatts för övergrepp och kränkningar. Barn och ungdomar som lever under utsatta omständigheter är överrepresenterade som offer för brott. Annan utsatthet innebär även ökad utsatthet för brott.

Undersökningar visar att så mycket som hälften av HBTQ-personer svarar att de blivit utsatta för hatbrott på grund av sin könsidentitet (se målområde 8). De vanligaste platserna där de utsätts för hatbrott är i skolan och på arbetsplatser. I andra hand sker brotten på allmän plats och i tredje hand i hemmet. (MUCF, 2014b)

En undersökning från BRÅ visar att 4,5 procent av alla ungdomar har blivit utsatta för främlingsfientliga hatbrott, 2,2 procent har blivit utsatta för antireligiösa hatbrott och 1,5 procent har blivit utsatta för båda typerna av hatbrott. Det betyder att var tolfte niondeklassare har blivit utsatt för den typen av hatbrott. (Skolundersökningen om brott, SUB, 2012)

Hälsofrämmande verksamheter

Västerbottens läns landsting har Salut-satsningen som verkar för att barn och ungdomar nås av hälsofrämjande insatser under hela uppväxten med början hos föräldrarna redan under graviditeten. De hälsofrämjande insatserna ska förebygga ohälsa och främja fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande hos barn och ungdomar. Barn, ungdomar och deras föräldrar möter många olika yrkesgrupper under uppväxten. Här finns mödra- och barnhälsovården, öppna förskolan, förskolan, skolan, elev- och ungdomshälsan, folktandvården och socialtjänsten. Samverkan mellan de olika verksamheterna är nödvändig för att barns och ungdomars hälsa ska främjas på bästa möjliga sätt. Alla de här verksamheterna kan ha en roll för att stötta familjer och öka barns och ungdomars välbefinnande.

Inom Salut-satsningen arbetar landstinget tillsammans med skolor i länet för att integrera det hälsofrämjande perspektivet inom all verksamhet i förskola och skola i Hälsofrämjande förskola respektive Hälsofrämjande skola. Där finns följande mål:

- Alla barn har trygga och goda uppväxtvillkor.
- Alla barn har goda matvanor.
- Alla barn har goda rörelsevanor.
- Alla barn har god munhälsa.
- Alla barn har en tobaksfri uppväxt.
- Alla barn har en drogfri uppväxt.
- Alla barn har en uppväxt med vuxna som inte har en hög alkoholkonsumtion.



"Inget att vänta på" är en handbok för våldsförebyggande arbete med barn och unga från MUCF.se.

Miljöer och produkter

Miljöer och produkter är ett brett målområde som omfattar såväl hälsoeffekter av miljöfaktorer som skador av olika slag. Några miljöfaktorer som har betydande effekter på barn är luftföroreningar, kemiska ämnen, UV-strålning, buller och olika skadefaktorer. (FHI, 2011d)

Exponering för luftföroreningar

Barn är en grupp som är särskilt känsliga för luftföroreningar. I förhållande till sin vikt andas barn in större volymer jämfört med vuxna samtidigt som de har ett svagare immunförsvar. Luftföroreningar kan ge hjärt- och kärlsjukdomar men även sjukdomar i luftvägarna som astma. Ny forskning pekar även på en ökad risk för äderförkalkning och missfall på grund av luftföroreningar. Även låga halter av luftföroreningar kan störa barns utveckling, till exempel utvecklingen av lungfunktionen. (Barregård & Sällsten, 2014)

Luftföroreningar kommer huvudsakligen från trafik, uppvärmning och industri. Huvudsakliga luftföroreningar är kvävedioxider, ozon och partiklar. I större tätorter är den huvudsakliga källan till luftföroreningar från biltrafik medan det i mindre tätorter och på landsbygden är partiklar från småskalig vedeldning som är den dominerande källan till utsläpp. Klimatet i Norrland med kalla vintrar innebär att det under kortare perioder vintertid kan bli mycket hög koncentration av luftföroreningar i städerna, högre än i betydligt större städer. Kalla vintrar innebär även ökade utsläpp av partiklar från användningen av dubbdäck. (Modig & Forsell, 2014)

Lokalt är det i Norrland höga utsläpp av partiklar från vedeldning vilket får effekter på människor och miljö. Partikelutsläpp från kolväten har kopplats till olika typer av cancer. Utsläpp från vedeldning beror på omodern och/eller felaktigt använd teknik som ger dålig förbränning av veden. Dålig förbränning ger även klimateffekter. I Norrland är det en tredjedel av barnen i Norrlands inland och en fjärdedel av barnen vid Norrlandskusten som har öppen spis eller vedkamin som källa till uppvärmning av bostaden. (Modig & Forsell, 2014)

Exponering för kemiska ämnen, buller och solljus

Den största källan till exponering av kemiska ämnen är via kosten. Foster och spädbarn är särskilt känsliga grupper. Det kan bli störningar av fortplantningsförmågan och påverkan på barns utveckling även vid låga doser om de pågår under en längre tid och det finns belägg för hälsoeffekter som till exempel cancer. Det finns ca 30 000 kemiska ämnen på marknaden inom EU och färre än 1 500 av dessa har utvärderats med avseende på hälso- och miljöeffekter. (FHI, 2011d)

Solljus är betydelsefullt för hälsan och brist på solljus kan ge D-vitaminbrist som behövs för bildandet av skelett och tänder. I norra Sverige är solljuset svagare än längre söderut vilket ger ett större behov av tillskott av D-vitamin via kosten. Samtidigt innebär exponering för solljus en ökad risk för olika typer av hudcancer. Barns hud är känsligare än vuxnas och solljus och brännskador är mer skadliga. Barn i Norrland bränner sig inte mer i solen än barn från övriga Sverige, däremot visar resultat att barn från Norrland är sämre på att skydda sig mot solen vid utlandsresor. (Modig & Forsell, 2014)

Buller har flera effekter på hälsan och kan orsaka hörselnedsättning och tinnitus. Förekomsten av buller kan vara störande och leda till sömnproblem eller koncentrationssvårigheter med sämre inlärningsförmåga som följd. Barn är en extra utsatt grupp då de har kortare hörselgångar. Barn i Norrland rapporterar att de är störda av buller i större utsträckning än i övriga Sverige, främst vid Norrlandskusten. Den största källan till buller för barn i Norrland är i skolmiljön men även fritidsbuller och trafikbuller påverkar. (Modig & Forsell, 2014)



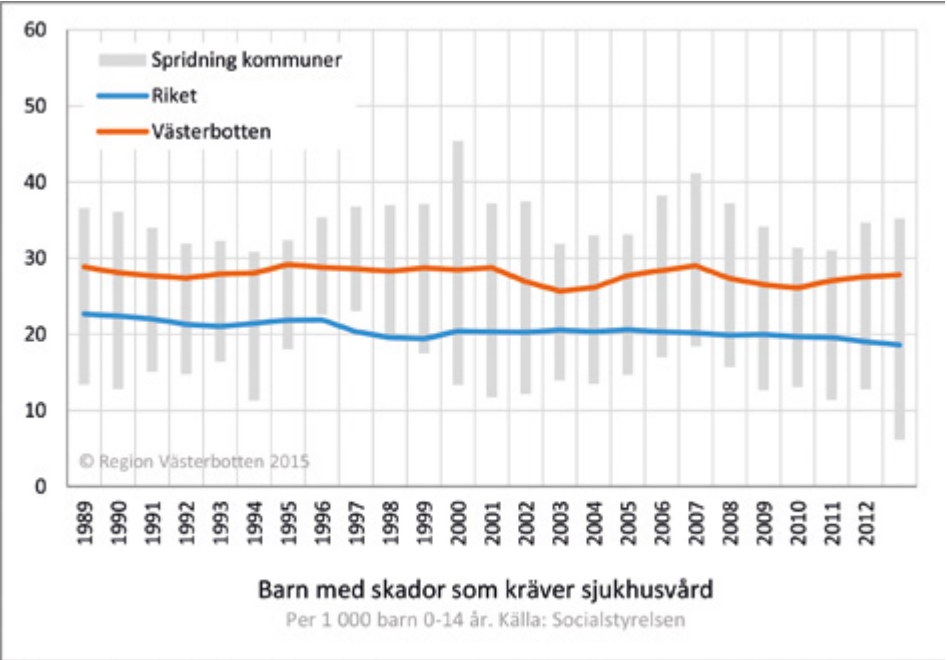
Tips för hur barns skolmiljöer kan planeras för att minimera att barn utsätts för skadligt solljus i "Sol-skyddsfaktorer", stralsakerhetsmyndigheten.se.

Barns halsa och miljö i Norrland

Här redovisas regionala resultat från en nationell miljöhälsoenkät om barns miljö och halsa. Enkäten skickades ut på uppdrag av Socialstyrelsen till ett slumpmässigt urval av barn i åldrarna åtta månader, fyra år samt tolv år under 2011.

Skador och barns omgivning

Skador är den vanligaste dödsorsaken bland barn och unga i riket. De vanligaste miljöer där skador uppkommer är hem, skola och fritidsmiljö (cirka 80 procent av alla skador) medan de flesta dödsolyckorna sker i trafiken. Barn som lever med föräldrar som är ensamstående, fattiga eller som har en låg utbildningsnivå löper större risk att råka ut för skador. (FHI, 2011d) Av de svenska länen har Västerbotten den näst högsta skaderisken som leder till sjukhusvård.



I Västerbotten är det betydligt fler barn som behöver vårdas på sjukhus till följd av skador än i Riket som helhet. Utvecklingen för Västerbotten visar, till skillnad från Riket, en koppling till konjunkturutvecklingen med tydliga minskningar av skador i samband med ekonomiska nedgångar. Det var en minskning under perioden 2008-09 men är nu på en liknande nivå som tidigare. Det är en stor spridning i skaderisk mellan olika kommuner och den varierade år 2013 mellan 5 och 35 skadade per 1 000 barn.

De vanligaste orsakerna till skador som kräver sjukhusvård är fallolyckor och vårdkomplikationer och det är vanligare att råka ut för det i Västerbotten än i riket.¹ Andra orsaker är mer ovanliga som transportolyckor på vatten, rök och öppen eld, överansträngning och kvävningsoolyckor men där dessa är tre gånger så vanligt förekommande i länet jämfört med riket.

1. Statistik från Socialstyrelsen.se.



Foto: Magnus Ström

Skydd mot smittspridningen

Många sjukdomar sprids från människa till människa eller från djur till människa. Smittsamma infektionssjukdomar kan vara livshotande eller ge nedsatt hälsa under lång tid. För att hindra spridningen är vaccination en av de effektivaste åtgärderna. Men det behövs även smittspårning och förebyggande åtgärder, som till exempel god hygien och åtgärder för att motverka antibiotikaresistens. Många allvarliga infektionssjukdomar är anmälningspliktiga, dels för att kunna följa effekter av vaccinationsprogram och dels för att förhindra smittspridning. (Smittskyddsinstitutet, SMI, 2012)

Risken att smittas av olika infektionssjukdomar skiljer sig mellan olika grupper och de med sämre socioekonomiska och andra förutsättningar är mer sårbara visar europeiska studier. I dagsläget saknas statistik för att kunna analysera det men infektionssjukdomar verkar vara ojämnligen fördelade och det behövs strategier för att kunna hjälpa de som är mest utsatta. (FHI, 2011e)

Olika spridningsvägar

Infektioner sprids från människa till människa men smitta kan även ske från ett värd djur eller via mat eller vatten. Vissa virus kan smitta på flera sätt. De djur som oftast sprider sjukdomar både i Sverige och i övriga världen är myggor och fästingar. Det är relativt få fall av smitta som kommer via dessa djur men det finns risk för mycket allvarliga infektioner som till exempel TBE. I Norrland förekommer även infektioner som harpest och sorkfeber som smittar via gnagare. Sjukdomar som sprids från djur till människa kommer aldrig att kunna utrotas utan förebyggande insatser och medvetenhet om risken för smitta behövs för att begränsa antalet fall. Vattenförsörjningen är också känslig för förekomst av smitta vilket blev tydligt i Östersund och Skellefteå. (SMI, 2012)

Norovirus, som ger upphov till vinterkräkssjuka, smittar både direkt och via mat och är det virus som smittar flest personer via mat, uppskattningsvis mellan 135 000 och 220 000 fall per år i Sverige. Den smittan beror till stor del på att personer som bär på smittan inte tvättar händerna efter toalettbesök. Av de sjukdomar som är anmälningspliktiga är det nästan 40 procent som sprids med mat och vatten. (SMI, 2012)

Antibiotikaresistenta bakterier

Infektioner som beror på smitta av bakterier som blivit resistenta mot antibiotika beräknas orsaka 10-40 dödsfall per år. Förekomsten av bakterier som inte går att behandla innebär också att resultaten av avancerad vård, som till exempel vården av för tidigt födda barn, blir sämre. En fortsatt ökning av antibiotikaresistens innebär att vanliga infektioner i framtiden riskerar att leda till svår sjukdom eller dödsfall. Den mest skrämmande utvecklingen är för tarmbakterier kallade ESBL, som på kort tid ökat till att vara den näst vanligaste anmälningspliktiga infektionen. (SMI, 2012)

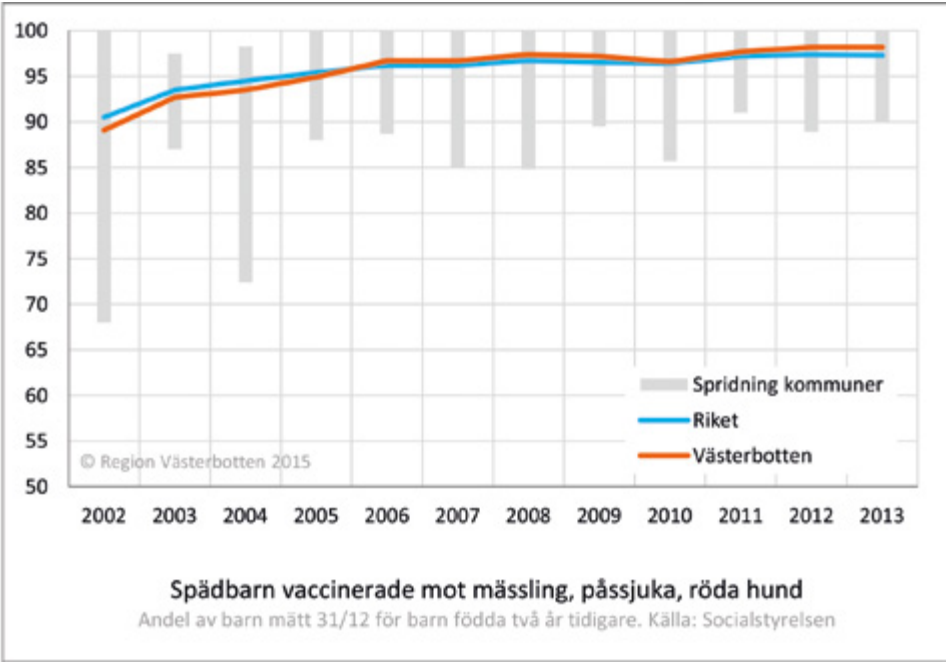
Sexuellt överförbara infektioner

Alla kan oavsett kön och sexuell läggning bli smittade av bakterier eller virus vid oskyddat sex. Bakterieinfektioner som klamydia, gonorré och syfilis går att behandla med antibiotika¹ medan virusinfektioner som hiv, kondylom, herpes och hepatit sällan kan botas utan det är bara möjligt lindra symtomen och bromsa förloppet. Vissa virus kan förebyggas genom vaccination, exempelvis kondylom. Obehandlad infektion kan ge bestående effekter på hälsan, bland annat påverka möjligheterna att senare bli gravid. (Folkhälsomyndigheten, 2014)

Klamydia sprids lättare än andra virus och antalet konstaterade fall av klamydia i Västerbotten har nästan tredubblats sedan 1997. Antalet nya fall av hiv-infektion är däremot relativt konstant över tid och i Sverige finns det idag cirka 6 100 personer som lever med en känd hiv-infektion. Eftersom det saknas vaccin mot många virusinfektioner, inklusive hiv, är det förebyggande arbetet viktigt för att förhindra ytterligare smittspridning. Förändrade attityder till tillfälliga sexuella kontakter innebär ökad risk för smittspridning samtidigt som benägenheten att använda kondom inte har ökat i motsvarande grad. Sverige har idag lägre kondom användning än Uganda och Kenya. Undersökningar visar att information om hiv-infektioner sällan kommer genom media eller skola och inte heller från föräldrarna. Den huvudsakliga kunskapskällan bland ungdomar är internet. (FHI, 2012)

Vaccinationer skyddar mot vissa infektioner

Vaccination är en av de mest effektiva metoder som finns för att förbättra folkhälsan. Sverige har en stabilt hög vaccinationstäckning för det nationella vaccinationsprogrammet och förtroendet för programmet är gott. Under de senaste åren har dock flera smärre utbrott kring importfall av mässling och röda hund ägt rum, vilket talar för att det finns områden med mottagliga och oskyddade individer som inte nås av vaccinationsprogrammet. (FHI, 2011e)



I Västerbotten vaccineras nästan alla barn mot mässling, påssjuka och röda hund (MPR). Andelen är högre än i riket och har ökat stadigt det senaste decenniet förutom något enstaka år. Spridningen mellan kommuner har också minskat över tid och i en del kommuner vaccineras alla småbarn mot de här sjukdomarna.

I norra Sverige tillhandahåller landstingen gratis kondomer till alla ungdomar på gratiskondomer.nu.

¹. Bakterier som är resistenta mot antibiotika ökar, exempelvis gonorrébakterier.

Sexualitet och reproduktiv hälsa

Sexuell och reproduktiv hälsa handlar om samlevnad, relationer och livskvalitet oavsett kön, sexuell identitet, funktionsnedsättning eller etnicitet. Rätten till sexuell hälsa handlar även om frihet från tvång och våld. Ungas sexualitet och relationsmönster har betydelse för deras hälsa där oskyddat sex innebär ökad risk för sexuellt överförbara infektioner och större förekomst av tonårsgraviditeter. (FHI, 2011f)

Sexvanor och sexuell läggning

Sexdebut tillsammans med en partner (samlag) varierar stort mellan ungdomar. I undersökningen ungas sexvanor 2013/14 var det cirka hälften av ungdomarna i åldern 15-19 år som hade haft samlag medan det bland unga vuxna (20-24 år) hade var drygt 8 av tio unga som hade haft samlag. Två tredjedelar av de ungdomar som haft samlag var ganska nöjda eller mycket nöjda med sitt sexliv. Lika stor andel, två tredjedelar, av ungdomarna hade sitt senaste samlag med en fast partner medan 14 procent hade det med en återkommande men inte fast partner. Något fler, 17 procent, hade sitt senaste samlag med en tillfällig partner och 4 procent hade det med en ny partner. (Folkhälsomyndigheten, 2014b)

Cirka 87 procent av ungdomarna i åldern 15-24 år identifierade sig som heterosexuella, 2 procent som homosexuella, 5 procent som bisexuella och 3 procent uppgav att de var osäkra. Ytterligare 3 procent vill inte uppge vilken sexuell läggning de identifierade sig med. Flickor identifierar sig i större utsträckning som bisexuella och pojkar i större utsträckning som homosexuella. En procent av ungdomarna identifierade sig varken som flicka eller pojke. (Folkhälsomyndigheten, 2014b)

Könsidentitet och kön

Traditionellt har det varit en utgångspunkt att det finns två kön och kopplat till varje kön finns det förväntningar på hur en person av det könet ska agera och uppträda. Istället är människans kön betydligt mer komplex och inte något som behöver vara antingen/eller. Det finns biologiskt, socialt och mentalt kön. Det är möjligt att alla dessa pekar mot kvinnlighet respektive manlighet hos en och samma person men det behöver inte vara så.

Biologiskt finns det en rad möjliga kombinationer av de kromosomer som innehåller den genetiska koden för kön. De vanligaste är XX och XY men det är inte sällsynt att det som fysiskt verkar vara både pojkar och flickor har kombinationen XXY. Det är kromosomkombinationen tillsammans med hormonsystem i kroppen som bestämmer vilka könsorgan en person utvecklar under fostertiden och puberteten.

Det sociala könet beskriver de manliga och kvinnliga könsroller som finns i samhället. Det finns förväntningar och mer eller mindre uttalade normer för vad som räknas som manlig respektive kvinnligt. Det sociala könet är det som barn och unga socialiseras till under sin uppväxt, i familjen, skolan och av samhällets förväntningar. Det mentala könet är det kön som varje person själv identifierar sig med. Det går att känna sig som man eller kvinna, varken man eller kvinna eller en blandning.

Kön är inte antingen/eller utan alla personer är en blandning av man och kvinna även om det för en del är så att de biologiska, sociala och mentala könet överensstämmer. Sexuell attraktion är inte heller begränsat till att uppstå mellan personer som har olika biologiskt, socialt eller mentalt kön. (Riksförbundet för sexuellt likaberättigande, RFSL, 2015)



Ses offline? är en (lärar-)handledning för vuxna kring unga, sex och internet (till finns det filmer). MUCF.se.



Öppna skolan! Är ett material med fokus på normer sexualitet, könsidentitet och könsuttryck för att användas på högstadiet och gymnasiet. MUCF.se.



Aldrigokej.se är en webbsida för de som är unga, hbtq och känner sig utsatta.

Unga, sex och internet

Internet har inneburit att unga människor idag kan komma i kontakt med andra snabbare, på helt andra platser och i helt nya sammanhang. Det innebär möjligheter för större delaktighet och skapande av nya relationer men innebär även risker. På internet är det lätt att låtsas vara någon annan och det finns de som lurar barn och unga för att så småningom utsätta dem för sexuella övergrepp (s k grooming). Mobbning kan bli ännu värre när kommentarer och inlägg kan spridas snabbt på nätet. Ett filmklipp eller en bild kan spridas snabbt och går inte att ta bort. (Ungdomsstyrelsen, 2014)

De som råkar illa ut på nätet är ofta de som är sårbara av andra anledningar. Barn och unga med bristande självkänsla eller svårigheter att sätta gränser råkar oftare illa ut. De maktstrukturer som finns i samhället finns även i den virtuella världen. (Ungdomsstyrelsen, 2014)

Sexuella kränkningar och övergrepp

Sexuella kränkningar och övergrepp är svåra att definiera och avgränsa. Det kan handla om regelrätta övergrepp där en vuxen förgriper sig på ett barn eller en ungdom. Det kan även vara unga som begår övergrepp på andra unga eller på barn. Bredare kan det även handla om ord som kränker eller handlingar, till exempel nollningar, där det finns inslag av sexuell natur. Sexuella kränkningar kan det även vara när någon i en missriktad förälskelse inte uppfattar eller vill uppfatta ett avvisande. Det finns mycket lite kunskap kring övergrepp på barn och om varför vissa begår dessa övergrepp. (MUCF, 2014e)

Sexuellt våld och tvång drabbar i större utsträckning ungdomar och ensamstående kvinnor med små barn. Förekomsten av sexuellt tvång kan påverka individen under lång tid efter själva övergreppet där barn som utsätts för sexuella övergrepp lättare hamnar i narkotikamissbruk och annat självskadande beteende. Själv mord är också vanligare. Ett övergrepp under barndomen påverkar även välbefinnandet i vuxen ålder. (FHI, 2011f)

Aborter och oskyddad sex

Abort innebär att unga kvinnor (och indirekt män) kan avbryta en oönskad graviditet när det saknas möjlighet eller önskan att få barn. Samtidigt innebär aborter att andra preventivmetoder inte används och att unga har oskyddad sex. Sverige har det högsta antalet tonårsaborter av de nordiska länderna. Sociala faktorer och ålder är det vanligaste skälen, men även fel tid i livet, instabil partnerrelation och svag ekonomi är vanliga skäl till en avbruten graviditet. En del av de som gör en abort kommer tillbaks och gör ytterligare aborter. Fyra av tio kvinnor gör upprepade aborter. (Makenzius, Tydén, Darj & Larsson 2013)

Variationer i antalet aborter över tid har kopplats ihop med konjunkturvariationer, sexualvanor med flera partners och låg användning av kondom. Förekomsten av oskyddad sex är i sin tur kopplat till olika hälsorisker som sexuellt överförbara sjukdomar. Landstinget subventionerar p-piller och kondomer till ungdomar. (Makenzius, Tydén, Darj & Larsson 2013)

Ordlista för alla

GBT står för homosexuella, bisexuella och transpersoner.

Homosexualitet och **bisexualitet** är sexuella läggningar: det handlar om vem eller vilka man känner sig attraherad av eller förälskar sig i.

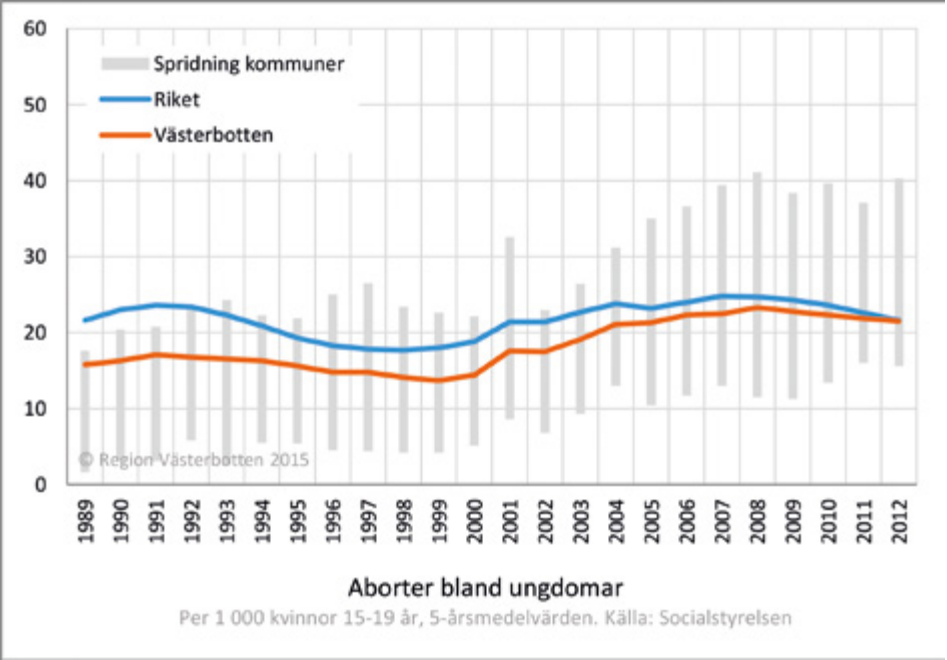
Trans handlar om könsidentitet och könsuttryck: vilket kön man känner sig som eller hur man uttrycker kön och har ingenting med sexuell läggning att göra. Transpersoner är det någon eller flera av könsidentitet, könsuttryck, juridiskt kön och biologiskt kön som bryter av mot det som många förväntar sig.

Q står för **queer** och innebär här queer som identitet. När en person definierar sig som queer brukar det innebära att man bryter mot heteronormen eller inte vill definiera sig enligt rådande normer och kategorier. Det finns många olika definitioner av queer.

Cisperson är ett relativt nytt begrepp som används om personer som inte är transpersoner. För ciskvinnor och cismän är könsidentitet, könsuttryck, juridiskt kön och biologiskt kön som många förväntar sig. Begreppet har ingenting med sexuell läggning att göra.

Heteronormen är de förväntningar eller föreställningar som finns att alla barn som föds är antingen flicka eller pojke, att de ska identifiera sig med det, bete sig enligt könsrollen och bli kär i personer av det andra könet.

(MUCF, 2015)



Tonårsaborter i Västerbotten har tidigare legat på en lägre nivå än i riket men den skillnaden har försvunnit under den senaste tioårsperioden. Det finns tecken på konjunkteffekter med mindre ökning kopplat till kriserna i början på 1990-talet, i början av 2000-talet och i samband med krisen 2008-09. De senaste åren har antalet tonårsaborter minskat men inte lika kraftigt i Västerbotten som i övriga Sverige. Spridningen mellan kommuner har ökat under de senaste åren och Dorotea är den kommun i Sverige med högsta andel tonårsaborter.

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet har en tydlig koppling till hälsa både som behandling och i förebyggande syfte. Genom tillräcklig fysisk aktivitet är det möjligt att minska risken för bland annat depression, diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar samt olika cancersjukdomar. Fysisk aktivitet har positiva effekter på den psykiska hälsan och för barn är rörelse viktigt för både inlärninng och koncentration. Det kan också bidra till bättre sömn (Folkhälsomyndigheten, 2014c). (FHI, 2011g)

Hur mycket behöver barn röra på sig?

Barn, liksom vuxna, behöver röra på sig för att må både psykiskt och fysiskt bra. Utgångspunkten är att alla behöver ha en grundläggande aktivitetsnivå samtidigt som kroppen mår bra av att några gånger per vecka vara aktiv på högintensiv nivå så man blir andfådd och svettas. Världshälsoorganisationen rekommenderar att barn och ungdomar behöver vara aktiva minst 60 minuter per dag med fysisk aktivitet som lek, spel, sport, idrott i skolan, transport och fritidsaktiviteter. De positiva effekterna på hälsan ökar om man är aktiv utöver detta. För att må bra är det också viktigt att undvika stillasittande. En ny studie på vuxna visar att det finns hälsovinster även av mindre ökninngar i aktivitetsnivå särskilt för de som har en lägre aktivitetsnivå (Ekelund, 2015)). (Folkhälsomyndigheten, 2014c, FHI 2011g)

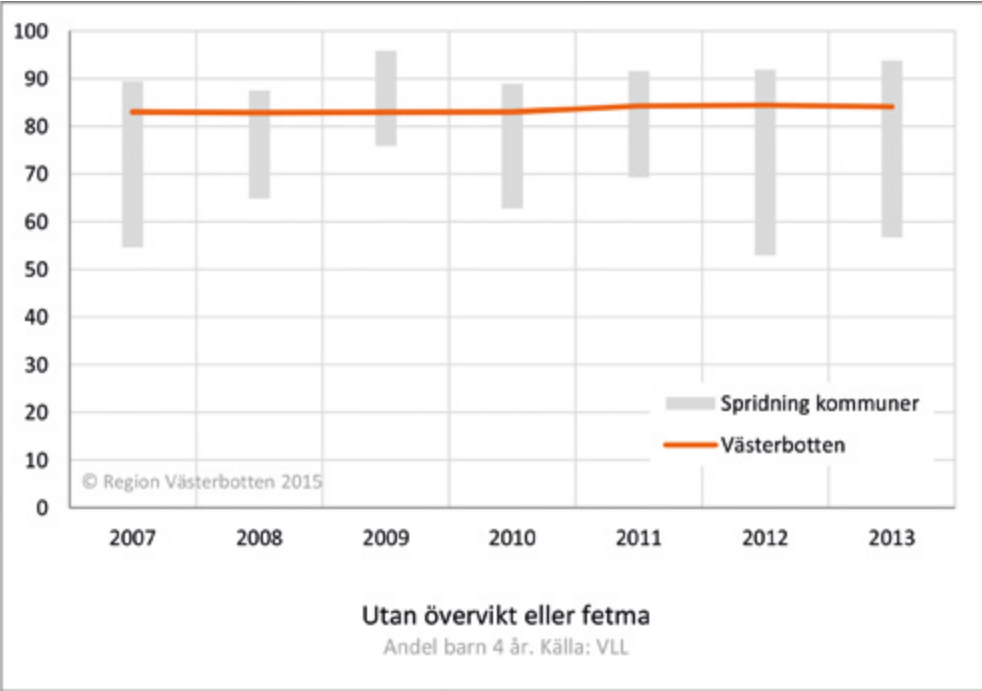
Hur mycket rör sig barn?

I undersökningen Skolbarns hälsovanor var det bara 13 procent av flickor i mellanstadiet och högstadiet som var aktiva alla dagar i veckan (under den senaste veckan). För pojkar var andelen nästan dubbelt så hög, men fortfarande låg (22 procent). Pojkar är mer aktiva än flickor men skillnaderna är mindre bland de äldre barnen. I Under mellanstadietiden minskar aktivitetsnivån för både flickor och pojkar. (Folkhälsomyndigheten, 2014c)

Det är en större än andel av barnen som tränar än vad det är som är aktiva alla dagar i veckan. Nästan hälften av pojkarna tränar fyra gånger eller fler i veckan och drygt var tredje flicka tränar lika mycket. Av de barn som tränar lite minskar däremot antalet träningstillfällen mellan mellanstadiet och högstadiet och samtidigt ökar andelen barn som aldrig tränar. Bland femtonåringar är det närmare var tionde barn som aldrig tränar. Undersökningen visar även att barn är stillasittande en stor del av dagen. På fritiden tillbringar cirka en fjärdedel av femtonåringarna minst fyra timmar per dag framför en skärm. (Folkhälsomyndigheten, 2014c)

Fetma och övervikt

Övervikt hos barn har fördubblats hos barn under de två sista decennierna under 1900-talet. Under senare år har ökningen stannat av men en stor andel av barnen har idag övervikt eller fetma. (Berg & Magnusson, 2012) Övervikt och fetma innebär en stor risk för ohälsa och beror på de förutsättningar man föds med i kombination med vad man äter och hur mycket man rör på sig. Idag är det svårare att leva hälsosamt än vad de har varit tidigare eftersom det finns mer energirik mat samtidigt som livsstilen blir allt mer stillasittande. Det finns tydliga kopplingar mellan övervikt och socioekonomiska förutsättningar, som föräldrars utbildningsnivå och inkomst. (Sveriges riksdag, 2013)



I Västerbotten är det drygt 15 procent av fyraåringar som har övervikt eller fetma. Det är stora skillnader mellan kommuner. Som mest är det närmare hälften av barnen som är överviktiga och som minst mindre än tio procent. Det är färre överviktiga barn i större städer vilket pekar på kopplingen mot föräldrars utbildningsnivå och inkomster. Utvecklingen över tid av barns övervikt och fetma i Västerbotten visar att de ökningarna som funnits tidigare verkar ha stannat av.



Foto: Anna-Karin Drugge



PJONK.se¹ är ett informationsmaterial för att inspirera unga människor till mer fysisk aktivitet och hälsosamma matvanor.



Livsmedelsverket har tagit fram ett utbildningsmaterial "Bra mat i skolan",¹ slv.se.



SkolmatSverige.se erbjuder ett kostnadsfritt verktyg¹ som hjälper grundskolor och kommuner att utvärdera, dokumentera och utveckla kvaliteten på sina skolmåltider - utifrån ett helhetsperspektiv.



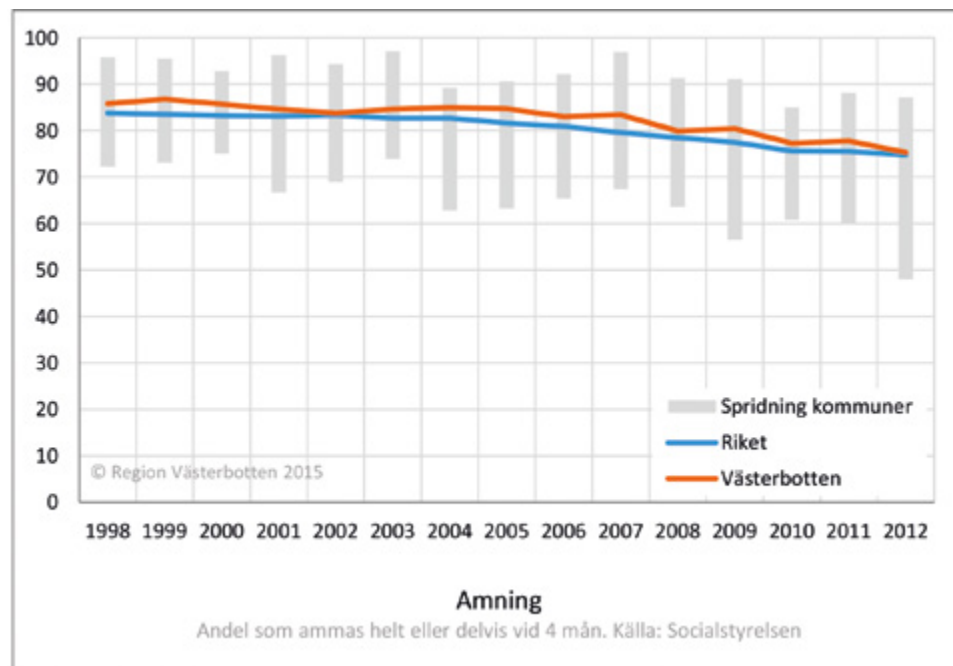
SAPERRE-metoden¹ bygger på en pedagogik med många laborativa inslag där fokus är på smakupplevelser. På slv.se finns en handledning "Mat för alla sinnen".

Matvanor och livsmedel

Goda matvanor är en förutsättning för god hälsa. Det här sambandet mellan matvanor och hälsa är väldokumenterat. I Världshälsoorganisationens lista över de tio viktigaste riskfaktorerna för den globala sjukdomsburden är sex av riskfaktorerna relaterade till matvanor. Våra matvanor har även betydelse för miljön. Mat som produceras långt bort kräver miljöskadliga transporter och en ökad köttkonsumtion kräver fler resurser än motsvarande konsumtion av grönsaker och spannmål. Matvaror som inte är ekologiskt framställda är dels skadligt för miljön men många av bekämpningsmedlen kommer även med i kosten och innebär en risk för hälsan. (FHI, 2011k)

Tidiga matvanors betydelse

Matvanor grundläggs tidigt under livet och matvanornas betydelse är viktig under hela uppväxten. Redan nyföddas amning är viktig för den fortsatta hälsan under livet. Bröstmjolk innehåller alla näringsämnen det nyfödda barnet behöver och ammade barn har bland annat lägre risk för mag- och tarminfektioner och öroninfektioner. Amning kan även minska risken för högt blodtryck och övervikt senare i livet. Sverige har en av de högsta amningsfrekvenserna i världen. (FHI, 2011k)



I Västerbotten har amningsfrekvensen minskat över tid och ligger nu på samma nivå som för Sverige som helhet. Bland barn födda i slutet av 1990-talet ammade cirka 85 procent av barnen helt eller delvis vid fyra månaders ålder. Det hade bland barn födda år 2012 minskat till 75 procent. Amningsfrekvensen varierar mellan kommunerna i länet. Den högsta amningsfrekvensen är närmare 90 procent och den lägsta är mindre än 50 procent.

Vad ska barn äta för att må bra?

Matvanor som grundläggs under barndomen kommer påverka hälsan även i vuxen ålder. Det finns många kostråd och ibland motstridiga budskap kring vad som är hälsosammare matvanor. Det behövs även mer kunskap kring framställningen av livsmedel och deras påverkan på miljön och människors hälsa.

Utgångspunkten för hälsosamma matvanor är att allsidigt och varierat där flera sorters livsmedel är en del av måltiderna. Genom att äta regelbundet och fördelat över dagen finns det energi för både skola och fritidsaktiviteter samtidigt som regelbundet ätande minskar på småätandet som är skadligt för hälsan på flera sätt. Småätande kopplas ihop med både övervikt och karies och de negativa hälsoeffekter som är förknippade med det. (FHI, 2011k)

Kroppen behöver många olika näringsämnen och för barn som växer blir det extra betydelsefullt att få i sig nödvändiga vitaminer och mineraler. Vitamin- och mineralbrist kopplas ihop med många olika sjukdomar och hämningar av tillväxten hos barn. Fukt, bär, grönsaker och rotfrukter innehåller mycket vitaminer och mineraler och genom att äta tre-fem² frukter eller grönsaker per dag får både barn och vuxna i sig tillräckligt av det som kroppen behöver. Det motsvarar att äta frukt eller grönt vid varje måltid och till mellanmål. (Livsmedelsverket, 2015)

Vatten är den bästa drycken när barn är törstiga men barn behöver även 5-7 dl mjölk, fil eller yoghurt per dag för att få i sig det kalcium som behövs för skelett och tänder. Barn mår även bra av att äta en lagom mängd fett och då helst omättade fetter som olja eller margarin.³ (Livsmedelsverket, 2015)

Socker finns naturligt i många livsmedel som mjölkprodukter, frukt och vissa grönsaker och är tillsatt i många livsmedel för att ge smak och/eller konsistens. Socker i sig innehåller inga vitaminer eller mineraler och ett för högt sockerintag kan ge upphov till både karies, övervikt och diabetes typ II och det rekommenderas att undvika produkter med tillsatt socker och relativt lågt näringsvärde i övrigt. Om man ska få i sig alla näringsämnen kroppen behöver, utan att gå upp i vikt, finns det inte plats för särskilt mycket läsk, godis, bakverk, glass och snacks. I dag äter genomsnittssvensken ungefär dubbelt så mycket av dessa "tomma" kalorier som det egentligen finns plats för. Hälsosamma matvanor är inte antingen eller utan det är möjligt att med relativt små förändringar äta mer hälsosamt med tydliga hälsovinster till följd. (Livsmedelsverket, 2015)

Barn som är överviktiga ska inte banta utan de ska äta hälsosammare. Genom hälsosammare kost kan en viktuppgång stanna av och de kommer växa i sin vikt. Övervikt blir resultatet när kalorintaget ger mer energi än vad barnet behöver och använder. Överskottet av energi lagras som fett i kroppen. Genom att samtidigt minska på tillförd energi och öka aktivitetsnivån (se målområde 9) går det att få en viktuppgång att stanna av.

Hälsosamt kostmönster

Följande råd är gemensamma för hela Norden och grundar sig på evidensbaserad forskning*:

1. Erbjud mera grönt Drekommandationen är 400 g för små förskolebarn. Det motsvarar ca 2 frukter och en näve grönsaker till lunch och middag. I denna ålder handlar det mer om att vänja sig med grönsaker till maten och frukt som mellanmål än mångderna.

2. Välj kylskåpsmjuka bordfetter, flytande margarin och olja. Svenska barn äter lagom mängd fett så lättmargariner är inte nödvändiga om inte barnet har övervikt eller fetma.

3. Erbjud vatten när barnet är törstig och lättmjölk till måltiderna, 5 dl per dag är lagom.

4. Fullkornsprodukter är bra för både barn och vuxna. Barn kan dock regera med lös mage på mycket fibrer och då kan man välja livsmedel med mindre fullkorn och fibrer.

5. Välj gärna nyckelhålsmärkta livsmedel.

6. Ät fisk ofta, gärna två-tre gånger i veckan.**

* Nordiska näringsrekommendationer 2012.

**Vissa fisksorter bör man begränsa intaget av. Se www.slv.se för mer information.



2. Tre frukter för barn i förskoleålder och fem för äldre barn och vuxna. Det motsvarar 400-500 gram.

3. Miljöpåverkan av olja, margarin och smör kan skilja sig åt. Alla tre har negativ påverkan på miljön och det är oklart vilken som har den samlade negativa effekten.

¹ Används i Salut-satsningen.

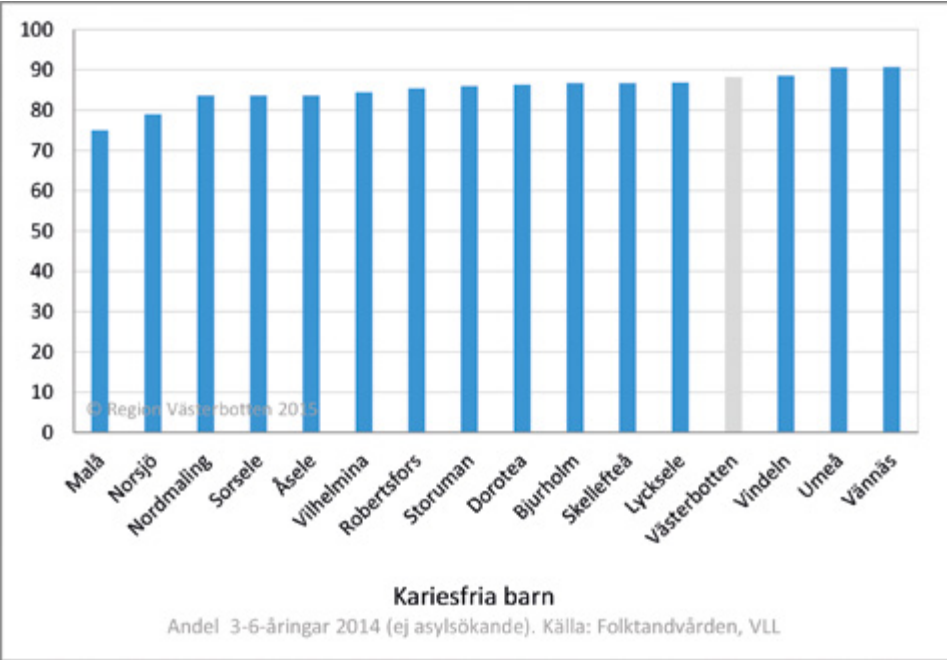


Folktandvården erbjuder förskolor att låna Bodil Krokodils verktygslåda som innehåller en mängd olika material och idéer för temaveckor som handlar om mat och tänder.

Karies som hälsoindikator

Karies är en sjukdom som ger skador på tänderna och risken att drabbas av karies ökar om det slarvas med tandborstning. En kost som innehåller för mycket socker eller med mycket småätande, särskilt av sockerrika produkter, ökar också risken att drabbas av karies. Överdrivet sockerintag ökar även risken för andra negativa effekter på hälsan som exempelvis diabetes typ II och sjukdomar som har samband med övervikt. Förekomsten av karies är därför en hälsoindikator som speglar risken med sämre matvanor. (Livsmedelsverket, 2015)

För att minska förekomsten av karies är det viktigt att äta regelbundet, ha välbalanserade matvanor, och minska mängden socker i maten, särskilt tillsatt socker. Risken för karies minskar om man borstar tänderna med fluortandkräm två gånger per dag.



I Västerbotten varierar andelen kariesfria barn mellan kommunerna. I Norsjö och Malå var andelen lägst 2013-14, med strax under 80 procent kariesfria barn. I Umeå och Dorotea var andelen högst med drygt 90 procent som var kariesfria. Andel barn som är kariesfria sjunker med åldern. För 3-6-åringar är det 87 procent som är kariesfria i länet. Bland 15-åringar var det 47 procent och bland 19-åringar var det mindre än en tredjedel som var kariesfria (29 procent). Andelen kariesfria barn bland asylsökande är betydligt lägre. Bland asylsökande barn i åldern 3-5 år var det år 2014 cirka 40 procent som var kariesfria, mindre än hälften jämfört med övriga barn.





"Berusning på schemat?" Stöd och inspiration för undervisningen om ANDT i gymnasiet. Finns på folkhälsomyndigheten.se.

Alkohol, narkotika, doping och tobak

Missbruk av alkohol, narkotika, dopingpreparat och tobak är alla förknippade med allvarliga hälsorisker. De ungdomar som konsumerar mycket alkohol rapporterar ett sämre välbefinnande. De finns även tydliga samband mellan unga som använder tobak och andra negativa beteenden, som till exempel lust att prova narkotika, och alkoholkonsumtion. (Förebyggande rådet i Skellefteå kommun, FRIS, (2014)

Alkoholkonsumtion stor riskfaktor för ohälsa

Alkoholkonsumtion är en stor riskfaktor för ohälsa och död i förtid. Alkoholintag med påtaglig berusning innebär direkta risker för egen och andras hälsa genom skador till följd av våld, druckning, bränder, fall och trafikolyckor och långvarig alkoholkonsumtion är även förknippat med psykiska problem som depression och sömnstörningar. Det finns även risker för hälsan genom skador på organ och vanor. Alkoholintag kan även innebära indirekta effekter på hälsan genom de sociala och ekonomiska problem som är förknippat med ett alkoholberoende. (Andersson, Bendtsen & Spak, 2013, FHI, 2011h)

Ungdomars alkoholkonsumtion kan innebära att hjärnans utveckling skadas och det finns belägg för att tidigt berusningsdrickande innebär en ökad risk att man senare i livet utvecklar en hög och skadlig konsumtion. Barn och ungas hälsa påverkas även av deras föräldrars alkoholkonsumtion. Barn som växer upp med föräldrar som har ett alkoholmissbruk utsätts för risker att själva fara illa på olika sätt. Dysfunktionella familjemönster, otrygghet, samtidigt psykisk ohälsa hos föräldern och kontinuerlig stress under uppväxten i kombination med bristande skyddsfaktorer kan leda till egen psykisk ohälsa och även till eget missbruk. (Socialstyrelsen, 2012)

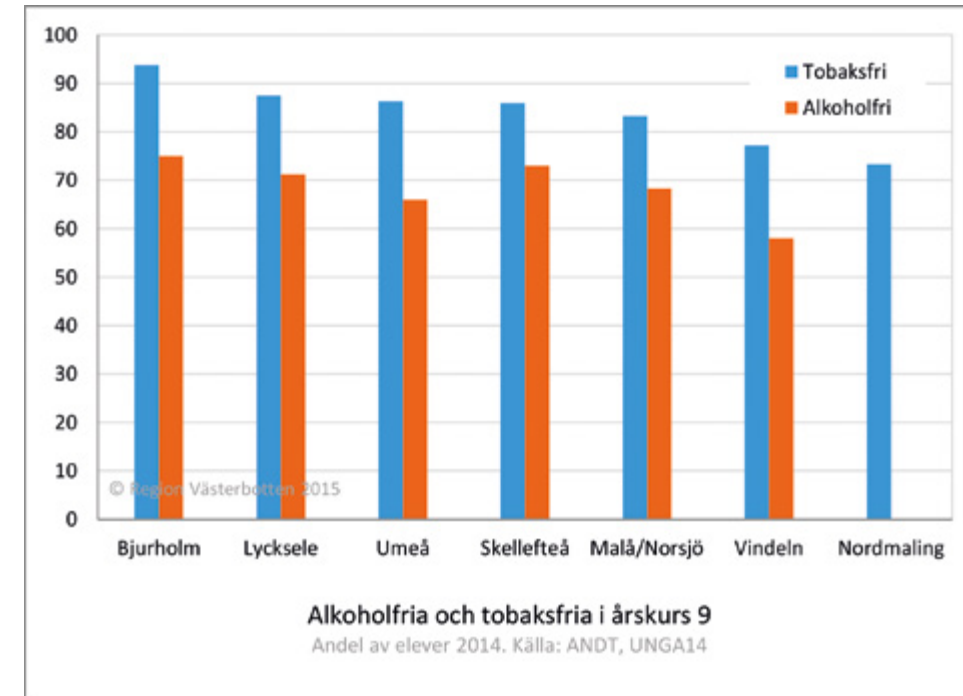
Olika kartläggningar har visat att cirka 20 procent av alla barn bor med föräldrar som konsumerar alkohol i sådan mängd att det innebär risk för föräldrarnas egen hälsa. Drygt en procent av alla barn har en förälder som vårdats i slutenvård för alkohol- eller narkotikamissbruk. (FHI, 2011h)

Hur mycket alkohol är för mycket?

Det är inte bara konsumtion av alkohol som har betydelse utan på vilket sätt alkoholen konsumeras. Intensivkonsumtion av alkohol är förknippat med ytterligare risker än mer måttfull konsumtion. "En person som dricker en drink per dag konsumerar samma mängd alkohol på en vecka som en person som dricker sju drinkar vid ett tillfälle en gång i veckan, men konsekvenserna av dessa båda dryckesvanor kan vara helt olika." Det finns ingen självklar gräns för när alkoholkonsumtion är skadlig eftersom det beror på individuella faktorer kopplat till konsumtionsmönster och mängder (Andersson, Bendtsen & Spak 2013). En av målsättningarna i den svenska alkoholpolitiken är att förskjuta alkoholdebuten för ungdomar så långt upp i åren som möjligt och helst ska ungdomar inte dricka alls.

Alkoholkonsumtionen minskar

Nationella data visar att alkoholkonsumtionen bland ungdomar stadigt har minskat sedan 70-talet. Allt fler avstår från att överhuvudtaget dricka alkohol. Det gäller både niondeklassare och elever i årskurs 2 på gymnasiet. Den riskabla alkoholkonsumtionen är dock betydligt högre i gruppen unga vuxna (16-29 år) än bland äldre åldersgrupper. (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN, 2014)



Bland elever i årskurs 9 är det fler som är tobaksfria än vad det är som inte dricker alkohol. Bjurholm har den högsta andelen tobaksfria ungdomar med drygt 90 procent av elever i årskurs 9 som inte röker. Flest rökande elever finns i Nordmaling där tre av tio röker i årskurs 9. I Vindeln är det en större andel som drack alkohol 2014 än i övriga kommuner, drygt 40 procent av elever i årskurs 9 har druckit alkohol. Bjurholm och Skellefteå har de högsta andelarna som inte provat alkohol.

Narkotika och doping

Narkotikabruk ökar risken för död i förtid och är kopplat till olika medicinska och psykiska problem. Även måttlig användning av narkotika kan ge upphov till psykisk ohälsa. Användningen av narkotika är låg i Sverige jämfört med andra länder, trots det dör mer än en person per dag av narkotikarelaterade orsaker i Sverige. Narkotikaanvändning är vanligare bland män än bland kvinnor och är vanligast bland yngre vuxna. En grupp med större bruk av narkotika är studenter och det är vanligare med narkotikabruk i storstäder. (FHI, 2011h)

Tobaksrökning kostar livet med 10 år

Tobaksrökning har ett tydligt negativt samband med hälsa och alla som röker drabbas av någon form av ohälsa på grund av tobaksrökningen. Det finns direkta samband med ett fyrtiotal olika sjukdomar, bland annat hjärt- och kärlsjukdomar, KOL och olika cancerformer. Rökare har en genomsnittlig livslängd som är tio år kortare än en icke-rökare. Även snusning innebär en ökad risk för ohälsa, exempelvis olika cancerformer, hjärtinfarkt och dödlig stroke. Passiv rökning innebär överlag samma risker som för rökaren själv om än i mindre grad. Det innebär att barn som lever med rökande föräldrar är utsatta för betydande hälsorisker. Det finns även ett samband mellan föräldrar som röker och ungdomar som röker. (FHI, 2011i)

Drogvaneundersökningar som verktyg för förebyggande arbete

ANDT-undersökningen har genomförts i Skellefteå i 20 år som underlag för det alkohol- och drogförebyggande arbetet i kommunen. Samma undersökning genomförs även i Norsjö, Malå, Sorsele, Lycksele, Vilhelmina, Arjeplog och Arvidsjaur. Undersökningen är en totalundersökning som ställer frågor kring användande av alkohol, narkotika, doping och tobak i årskurs 9 och år 2 i gymnasiet.

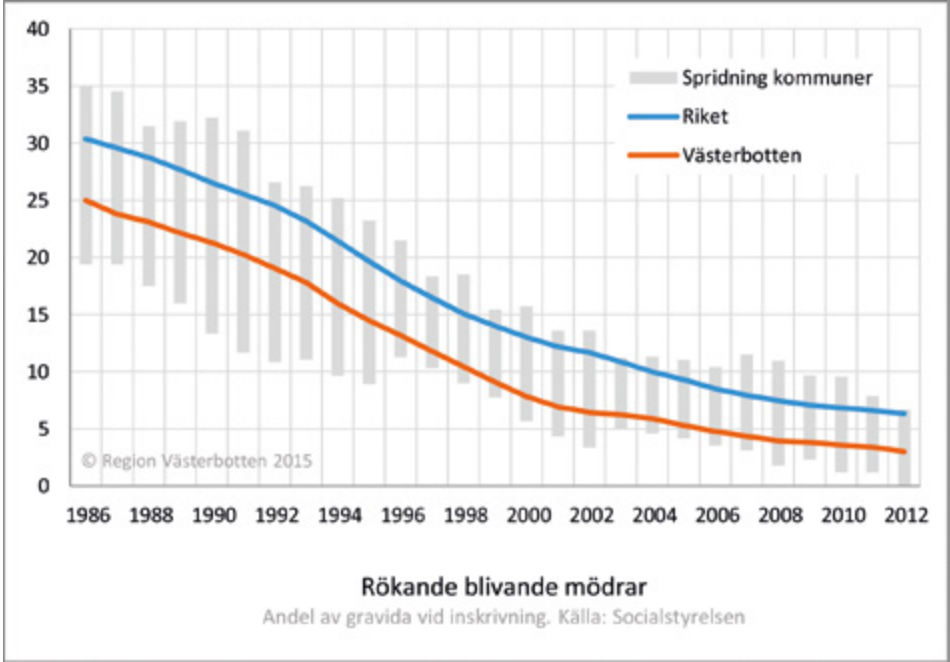
UNGA-undersökningen genomförs vartannat år i Umeå, Vännäs, Robertsfors, Bjurholm, Vindeln och Nordmaling. UNGA är en totalundersökning som kartlägger barns och ungas hälsa i kommunerna, där drogvänor är en del. Förutom att beskriva hälsoläget ger undersökningen även en röst åt barn och unga i kommunerna och är tänkt att öka deras demokratiska delaktighet. Senaste undersökningen är UNGA14.

Lupp-undersökningarna är ett verktyg för lokal uppföljning av ungdomspolitik. Frågorna i enkäten ger svar på hur unga tänker kring inflytande, demokrati, arbete, hälsa, fritidsutbud, situationen i skolan och framtidsplaner. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor erbjuder kommuner, regioner och stadsdelar att använda verktyget.

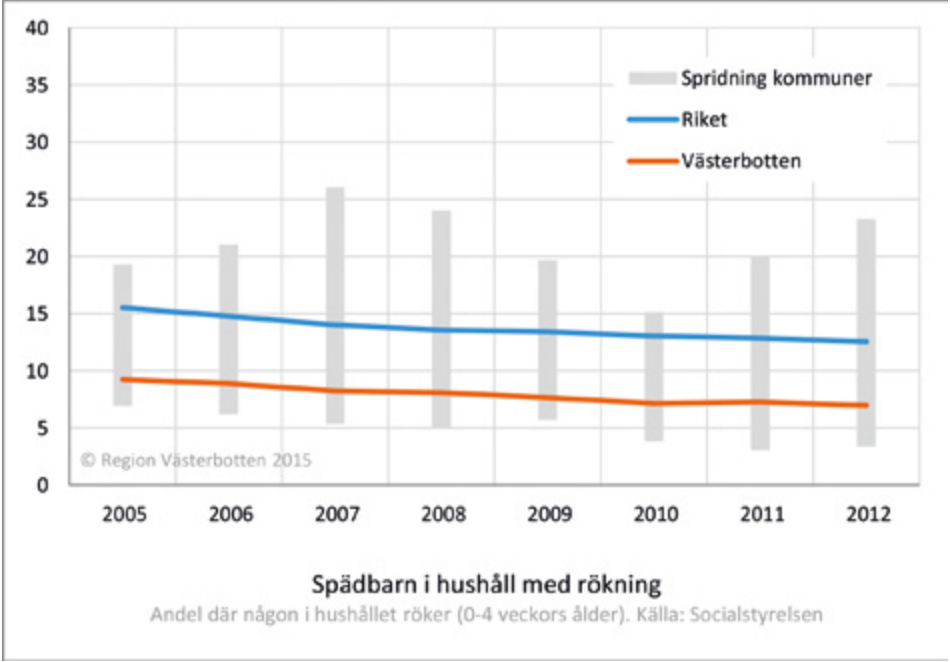
Hälsosamtalet i skolan. Skolsköterskan vid elevhälsan använder elevhälsoenkäter där det ingår frågor om bland annat användningen av tobak och alkohol. Se målområde 3 för en beskrivning av elevhälsoenkäter vid hälsosamtalet i skolan.

På Drugsmart.com finns fakta om alkohol, andra droger och missbruk.

Drogupplysningen.se har undervisningsmaterial om droger.



Andelen av blivande mödrar som röker har minskat kraftigt sedan mitten av 1980-talet. I Västerbotten är det cirka tre procent av blivande mödrar som röker. Det är hälften så många som i riket. Rökning hos blivande mödrar har under hela perioden varit lägre i länet men däremot snusar kvinnor i norra delarna av landet i högre utsträckning än söderut. Spridningen mellan kommuner har också minskat kraftigt över tid och 2012 var det i vissa kommuner ingen blivande mamma som rökte i början på graviditeten.



Föräldrar röker i mindre utsträckning runt sina barn i Västerbotten jämfört med andra delar av Sverige. Fortfarande är det cirka 7 procent av nyfödda barn som får uppleva passiv rökning. Spannet mellan kommuner är stor och i någon kommun var det närmare var fjärde spädbarn som hade någon i hushållet som rökte vid 0-4 veckors ålder. I Västerbotten var det närmare var fjärde spädbarn som hade någon i hushållet som rökte vid 0-4 veckors ålder.

Tobaksfri duo
I Västerbotten driver landstinget Tobaksfri duo där elever i länets årskurs 5 eller 6 erbjuds skriva ett avtal om tobaksfrihet tillsammans med en tobaksfri vuxen. Cirka 7 000 elever i åldern 12-15 år skriver varje år ett sådant avtal vilket motsvarar ungefär 75 procent av de som tillfrågas. På vissa skolor är alla med. Varje vår genomförs en uppföljning i form av en försäkring som också blir till en lottsedel i ett lotteri. Varje år inkommer några tusen försäkringar.

Psykisk hälsa och välbefinnande

Psykisk hälsa är ett resultat av både arv och miljö. Barn kan födas med en känslighet och det kan skapa problem beroende på hur barnets omgivning ser ut. Det finns riskfaktorer som ökar sannolikheten att barn ska må dåligt medan andra skyddsfaktorer istället gör att barnet lättare klarar påfrestningar eller minskar effekten av riskfaktorerna. Det är inte enskilda risk- eller skyddsfaktorer som avgör om ett barn mår psykiskt dåligt utan det är summan av dem som spelar roll. En stökig skolmiljö påverkar exempelvis barn olika beroende på vad de har med sig i form av arv och andra livsomständigheter. (Socialstyrelsen, 2015)

Vad innebär psykisk ohälsa?

Det är skillnad vad som räknas till psykisk sjukdom och psykisk ohälsa. Psykisk sjukdom är väldefinierad med internationella diagnosystem som fastställer kriterier för respektive diagnos. Psykisk ohälsa är bredare och vad som läggs in i begreppet varierar mellan olika sammanhang. Det finns inte skarpa skiljelinjer mellan hälsa och ohälsa utan sjukdom och ohälsa beskrivs utifrån observerade beteenden som förekommer hos alla i befolkningen i varierande grad. Vad som räknas som ohälsa blir beroende av både samhällets värderingar och individuella bedömningar. (Pilgrim, 2014)

Psykisk hälsa är mer än frånvaron av sjukdom. Världshälsoorganisationen definierar psykisk hälsa som ett tillstånd av välbefinnande... "in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community". (Världshälsoorganisationen, WHO, 2014)

Risk- och skyddsfaktorer för psykisk ohälsa

Det finns egenskaper hos barnet som kan göra det med mer känsligt för påfrestningar av olika slag. Riskfaktorer är bristande språklig förmåga med svårigheter att sätta ord på tankar och känslor, inlärningssvårigheter (särskilt när det gäller att läsa och skriva), bristande självkontroll med låg tröskel för frustrationer, bristande social kompetens samt bristande självförtroende och en negativ självuppfattning. Barn som har en eller flera av de här egenskaperna är extra känsliga för hur verksamheten fungerar i förskolan och skolan och är också extra känsliga för att deras hemförhållanden är goda. (Socialstyrelsen, 2015)

Skyddsfaktorer verkar i andra riktningen och motverkar de riskfaktorer som barn och unga kan ha med sig. Betydelsefulla skyddsfaktorer är stödjande och skyddande föräldrar, ett stabilt humör, begåvning utan kognitiva svårigheter, förmåga att fungera socialt med jämnåriga och vuxna och en förmåga hos barnet att kunna söka hjälp, be om råd och våga pröva andra lösningar. Barn får också ett skydd mot påfrestningar om de upplever stöd från vuxna och går

Hur möta barn

Socialstyrelsen har tagit fram kunskapsmaterial för att ge svar på hur skolor och verksamheter kan bemöta barn med tidiga tecken på psykisk ohälsa, när barn med psykisk ohälsa behöver hälso- och sjukvård och hur förskolan/skolan kan bidra till att de här barnen får så bra förutsättningar som möjligt att utvecklas och lära sig nya saker.

Det finns fem rapporter:

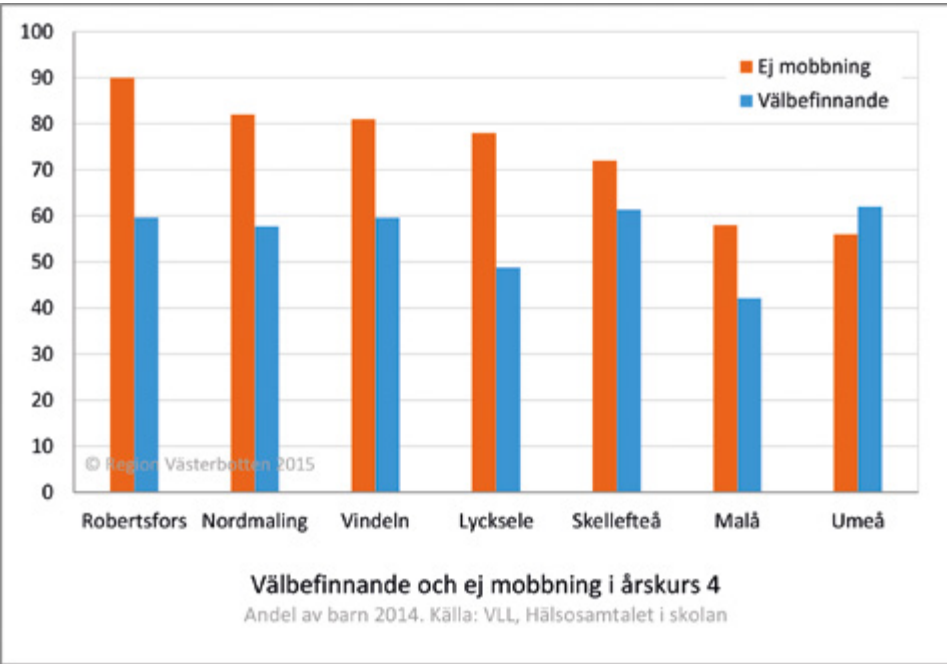
- 1. Ledsna barn (Socialstyrelsen, 2010a)
- 2. Barn som utsätts för fysiska övergrepp (Socialstyrelsen, 2010b)
- 3. Blyga och ängsliga barn (Socialstyrelsen, 2010c)
- 4. Barn som tänker annorlunda (Socialstyrelsen, 2010d)
- 5. Barn som utmanar (Socialstyrelsen, 2010e)

SKL har i bred samverkan med regioner och aktörer tagit fram ett underlag, Rätt insats på rätt nivå, för hur kommuner och landsting kan och behöver samverka kring barn och unga med psykisk ohälsa.

i en väl fungerande skola. (Socialstyrelsen, 2015)

Psykisk ohälsa hos barn och unga

Psykisk ohälsa kan vara allt från lättare ohälsa i form av stress till allvarigare ohälsa i form av exempelvis depression och ångest där självmord ibland är utgången. Psykisk ohälsa behöver inte vara bestående utan det finns goda möjligheter för återhämtning och tillfrisknande. Psykisk ohälsa som visar sig i form ont i magen, huvudvärk och trötthet blir allt vanligare bland barn och unga visar många undersökningar.



Mer än hälften av eleverna i årskurs 4 känner sig aldrig eller sällan oroliga, ledsna eller arga visar resultat från elevhälsoenkäter från hälsoamtalen i skolan. Det här är en indikator på barns välbefinnande. Välbefinnandet varierar mellan kommunerna, där Malå och Lycksele har den lägsta nivån (40 procent) och Skellefteå har den högsta (60 procent). Mobbning av andra elever eller vuxna i skolan visar också på stora skillnader. I Umeå och Malå är det bara drygt hälften av eleverna som uppger att de inte någon gång under de senaste tre månaderna blivit retad, utstött eller illa behandlade illa av annan elev eller vuxen i skolan. I Robertsfors svarar 90 procent av eleverna nej på de frågorna.

Att unga mår sämre syns även i statistiken över de med så allvarlig psykisk ohälsa att de behöver sjukhusvård. Antalet unga (under 18 år) som vårdats på sjukhus för depression och ångest har ökat kraftigt under det senaste decenniet. Det är fyra gånger fler som vårdas på sjukhus på grund av ångest och mer än dubbelt så många som vårdas för depression.

Den vanligaste anledningen till att unga mår psykiskt dåligt och behöver vård på sjukhus är i samband med alkoholmissbruk. Unga med en problematik kring användning av alkohol och andra droger...

Litteratur

Andersson, Annika M, Bendtsen, Preben, Spak, Fredrik (2013), Riskbruk av alkohol, Läkartidningen 19/2010.
Hämtad 9 mars 2015 från: <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=14348>

Barregård, Lars och Sällsten, Gerd (2014), Allt fler sjukdomar kan kopplas till luftföroreningar, Läkartidningen 14/2014.
Hämtad 8 mars 2015 från: <http://www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Klinisk-oversikt/2014/04/Allt-fler-sjukdomar-kan-kopplas-till-luftfororeningar/>

Berg, Christina och Magnusson, Maria (2012), Forskning för en friskare generation, Göteborg.
Från: <http://hdl.handle.net/2077/30602>

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN (2014), Skolelevers drogvanor 2014, Stockholm.
Från: <http://www.can.se/contentassets/7c8611100de9446fae9ff5c10a14e9e3/skolelevers-drogvanor-2014.pdf>

Diskrimineringsombudsmannen, DO (2014), Mänskliga rättigheter på hemmaplan – inspiration för arbetet i kommunen, Taberg.
Från: <http://www.do.se/Documents/informationsmaterial/stod-inspiration-manskliga-rattigheter-kommun.pdf>

Ekelund, Ulf m fl (2015), Physical activity and all-cause mortality across levels of overall and abdominal adiposity in European men and women: the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition Study (EPIC), The American Journal of Clinical Nutrition, March 2015.
Hämtad den 10 mars 2015 från: <http://ajcn.nutrition.org/content/early/2015/01/14/ajcn.114.100065.full.pdf+html>

Folkhälsomyndigheten (2014), Råd och fakta om sexuellt överförda infektioner, Östersund.
Från: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/14860/rad-och-fakta-om-sexuellt-overforda-infektioner-webb.pdf>

Folkhälsomyndigheten (2014b), Ungdomar och sexualitet-specialrapport från ungdomsbarometern 2013/2014, Östersund.
Från: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/15011/ungdomsbarometern-140221-final.pdf>

Folkhälsomyndigheten (2014c), Skolbarns hälsovanor i Sverige 2013/2014, Östersund.
Från: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/18915/skolbarns-halsovanor-sverige-2013-14.pdf>

Förebyggande rådet i Skellefteå kommun, FRIS, (2014), ANDT undersökning 2014, Skellefteå.
Hämtad från: <http://www.skelleftea.se/default.aspx?id=14525>

Hart, Roger (1992), Children's Participation: From Tokenism to Citizenship, UNICEF, Florence.
Från: http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/childrens_participation.pdf

Heikkilä, Mia (2015), Kunskapsöversikt: Könsskillnader i skolprestationer och pojkar i utbildning,
Hämtad den 8 mars 2015 från: <http://genus.se/meromgenus/teman/skola/skolprestationer/kunskapsoversikt--konsskillnader-i-skolprestationer-och-pojkar-i-utbildning>

Livsmedelsverket (2015), Barn 2-18 år. Hämtad 12 mars 2015 från:
<http://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/kostrad-och-matvanor/barn-och-ungdomar/barn-2-18-ar/>

Länsstyrelserna i Skåne och Västerbottens län (2015), Ekonomisk utsatthet och dess konsekvenser bland barn, Länsstyrelsen Skåne.
Från: <http://www.lansstyrelsen.se/skane/SiteCollectionDocuments/Sv/publikationer/2015/ekonomiskutsatthetbarn.pdf>

Läraryrket (2006), Genuspraktika för lärare, Stockholm.
Från: http://jamda.ub.gu.se/bitstream/1/396/1/genuspraktika_2006.pdf

Makenzius, Marlene, Tydén, Tanja, Darj, Elisabeth och Larsson, Margareta (2013), Sverige har Nordens högsta aborttal, Läkartidningen 14/2014. Hämtad 9 mars 2015 från:
<http://www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Klinisk-oversikt/2013/09/Sverige-har-Nordens-hogsta-aborttal/>

Modig, Lars och Forsell, Karl (2014), Miljöhälsorapport Norr 2013. Barns hälsa och miljö i Norrland, Umeå.
Från: <http://www.lansstyrelsen.se/vasterbotten/Sv/publikationer/2014/Pages/miljohalsorapport-norr-2013-barns-halsa-och-miljo-i-norrland.aspx>

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor, MUCF (2014), FOKUS 14, Ungas fritid och organisering, Stockholm.
Från: http://www.mucf.se/sites/default/files/publikationer_uploads/fokus-14.pdf

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor, MUCF (2014b), Hon hen han,
En analys av hälsosituationen för homosexuella och bisexuella ungdomar samt för unga transpersoner, Stockholm.
Från: http://www.mucf.se/sites/default/files/publikationer_uploads/hon-hen-han.pdf

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor, MUCF (2014c), 10 Reasons for Dropping Out - what 379 young people say about dropping-out of upper secondary school, Stockholm.
Från: http://www.mucf.se/sites/default/files/publikationer_uploads/tenreason2013_.pdf

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor, MUCF (2014d), Inget att vänta på, Stockholm.
Från: http://www.mucf.se/sites/default/files/publikationer_uploads/inget-att-vanta-pa20121212.pdf

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor, MUCF (2014e), Även i den bästa av föreningar, Stockholm.
Från: http://www.mucf.se/sites/default/files/publikationer_uploads/aven-i-den-basta-av-foreningar.pdf

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor, MUCF (2015), Öppna skolan! Om hbtq, normer och inkludering i årskurs 7–9 och gymnasiet, Stockholm.
Från: http://www.mucf.se/sites/default/files/publikationer_uploads/oppna-skolan.pdf

Persson, Sven (2012), Förskolans betydelse för barns utveckling, lärande och hälsa, Malmö.
Från: <http://malmo.se/download/18.d8bc6b31373089f7d9800010476/F%C3%B6rskolans+betydelse+f%C3%B6r+barns+utveckling,+l%C3%A4rande+och+h%C3%A4lsa.pdf>

Pilgrim, David (2014), Key Concepts in Mental Health, Third Edition, SAGE publications.

Region Västerbotten (2012), Barnhälsorapport 2012, Umeå.
Från: <http://regionvasterbotten.se/wp-content/uploads/2012/08/Barnhalsorapport-webb.pdf>

Riksförbundet för sexuellt likaberättigande, RFSL, (2015), Vad är kön?
Hämtad den 10 mars 2015.

Rädda barnen (2014), Barnfattigdom i Sverige, Årsrapport 2014, Stockholm.
Från: http://www.raddabarnen.se/Documents/vad-vi-gor/sverige/samhallets-ansvar/barnfattigdom/%20rb_fattigdom_2014_klar2_webb_.pdf

SFS 2010:800, Skollag, Stockholm. Hämtad 8 mars 2015 från Riksdagen:
http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Skollag-2010800_sfs-2010-800/

Skolinspektionen (2012), En skola med tilltro lyfter alla elever. Skolinspektionens erfarenheter och resultat från tillsyn och kvalitetsgranskning 2011, Regeringsrapport, Stockholm.
Från: <http://www.skolinspektionen.se/Documents/Rapporter/spara-2012/Regeringsrapport-En-skola-med-tilltro-lyfter-alla-elever-1-juni-2012.pdf>

Skolundersökningen om brott, SUB (2012), Tabell 4.3. Andel ungdomar utsatta för främlingsfientliga och antireligiösa hatbrott år 2011, Hämtad från Brottsförebyggande rådet (BRÅ) 8 mars 2015:
<http://www.bra.se/bra/statistik/hatbrott/utsatthet-for-hatbrott/utsatthet-for-hatbrott-enligt-sub.html>

Skolverket (2014), Främja, förebygga, upptäcka och åtgärda - Hur skolan kan arbeta mot trakasserier och kränkningar, Stockholm.
Från: http://www.skolverket.se/om-skolverket/publikationer/visa-enskild-publikation?_xurl=http%3A%2F%2Fwww5.skolverket.se%2Fwtpub%2Fws%2Fskolbok%2Fwtpubext%2Ftrycksak%2Fblob%2Fpdf3375.pdf%3Fk%3D3375

Smittskyddsinstitutet (2012), Epidemiologisk årsrapport 2012, Västerås. Från: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/documents/statistik-uppfoljning/smittsamma-sjukdomar/2012/norovirus-epidemiologisk-arsrapport-2012-2013-101-8.pdf>

Socialstyrelsen (2010a), Ledsna barn, Västerås.
Från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17952/2010-3-7.pdf>

Socialstyrelsen (2010b), Barn som utsätts för fysiska övergrepp, Västerås.
Från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17955/2010-3-10.pdf>

Socialstyrelsen (2010c), Blyga och ängsliga barn, Västerås.
Från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17954/2010-3-9.pdf>

Socialstyrelsen (2010d), Barn som tänker annorlunda, Västerås.
Från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17953/2010-3-8.pdf>

Socialstyrelsen (2010e), Barn som utmanar, Västerås.
Från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17951/2010-3-6.pdf>

Socialstyrelsen (2012), Föräldraskap och missbruk. Att ta upp frågor om föräldraskap i missbruks- och beroendevården, Västerås.
Från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18535/2012-1-3.pdf>

Socialstyrelsen (2015), Kunskapsguiden-en nationell plattform som samlar befintlig och ny kunskap.
Hämtad februari 2015 från: <http://www.kunskapsguiden.se>

Statens folkhälsoinstitut (2011b), Delaktighet och inflytande i samhället. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010, R 2011:31, Östersund.
Från: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12709/R2011-31-Delaktighet-och-inflytande-i-samhallet-Kunskapsunderlag-for-FHPR-2010.pdf>

Statens folkhälsoinstitut (2011c), Barns och ungas uppväxtvillkor. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010, R 2011:06, Östersund.
Från: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12640/R2011-06-Barns-och-ungas-uppvaxtvillkor.pdf>

Statens folkhälsoinstitut (2011d), Miljöer och produkter. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010, R 2011:13, Östersund.
Från: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12659/R2011-13-Miljoer-och-produkter.pdf>

Statens folkhälsoinstitut (2011e), Skydd mot smittspridning. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010, R 2011:26, Östersund. Från: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12693/R2011-26-Skydd-mot-smittspridning-Kunskapsunderlag-for-FHPR-2010.pdf>

Statens folkhälsoinstitut (2011f), Sexualitet och reproduktiv hälsa. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010, R 2011:02, Östersund.
Från: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12538/R2011-02-Sexualitet-och-reproduktiv-halsa.pdf>

Statens folkhälsoinstitut (2011g), Fysisk aktivitet. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010, R 2011:15, Östersund.
Från: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12666/R2011-15-Fysisk-aktivitet-Kunskapsunderlag-for-Folkhalsopolitisk-rapport-2010-.pdf>

Statens folkhälsoinstitut (2011g), Narkotika. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010, R 2011:15, Östersund.
Från: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12678/Narkotika-Kunskapsunderlag-Folkhalsopolitiskrapport-2010-2-3.pdf>

Statens folkhälsoinstitut (2011g), Narkotika. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010, R 2011:25, Östersund.
Från: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12678/Narkotika-Kunskapsunderlag-Folkhalsopolitiskrapport-2010-2-3.pdf>

Statens folkhälsoinstitut (2011h), Alkohol. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010, R 2011:16, Östersund.
Från: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12663/R2011-16-Alkohol-Kunskapsunderlag-for-Folkhalsopolitisk-rapport-2010.pdf>

Statens folkhälsoinstitut (2011i), Tobak. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010, R 2011:11, Östersund.
Från: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12647/R2011-11-Tobak-Kunskapsunderlag-for-Folkhalsopolitisk-rapport-2010.pdf>

Statens folkhälsoinstitut (2011j), Narkotika. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010, R 2011:15, Östersund.
Från: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12678/Narkotika-Kunskapsunderlag-Folkhalsopolitiskrapport-2010-2-3.pdf>

Statens folkhälsoinstitut (2011k), Matvanor och livsmedel. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010, R 2011:23, Östersund.
Från: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12677/Matvanor-o-livsmedel-Kunskapsunderlag-for-Folkhalsopolitisk-rapport-2010.pdf>

Statens folkhälsoinstitut (2012), Sex, hälsa och välbefinnande, Östersund.
Från: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12779/R2012-01-Sex-halsa-och-valbefinnande.pdf>

Statens folkhälsoinstitut, (2011a), Ekonomiska och sociala förutsättningar. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010, R 2011:24, Östersund.
Från: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12683/R2011-24-Ek-o-soc-forutsattningar-Kunskapsunderlag-for-FHPR-2010.pdf>

Statistiska centralbyrån, SCB (2008), Mammans och barnets hälsa är sammanlänkade, Välfärd nr 1 2008, Stockholm.
Från: http://www.scb.se/Grupp/Valfard/BE0801_2008K01_TI_06_A05ST0801.pdf

Statistiska centralbyrån, SCB (2014), De flesta barn i förskola – oavsett bakgrund, Välfärd nr 1 2014, Stockholm.
Från: http://www.scb.se/Statistik/_Publikationer/LE0001_2014K01_TI_00_A05TI1401.pdf

Sveriges Kommuner och Landsting (2012), Medborgardialog för unga, nr 9, Stockholm.
Från: <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-779-5.pdf?issuust=ignore>

Sveriges riksdag (2013), Barnfetma och den framtida folkhälsan, Utvärderings- och forskningssekreteriatet Forskning och framtid, Stockholm.
Från: <https://www.riksdagen.se/Global/dokument/forvaltningen/201213/Forskningframtid/2013-1-Barnfetma-och-den-framtida-folkh%C3%A4lsan.pdf>

Ungdomsstyrelsen (2007), Ungdomar, fritid och hälsa. En forskningsöversikt om fritidens skydds- och riskfaktorer, 2007:13, Stockholm.
Från: http://www.mucf.se/sites/default/files/publikationer_uploads/ungdomar-fritid-halsa.pdf

Ungdomsstyrelsen (2014), Ses offline?, Stockholm.
Från: http://www.mucf.se/sites/default/files/publikationer_uploads/ses-offline2014.pdf

UNICEF Office of Research (2013), Child Well-being in Rich Countries: A comparative overview, Innocenti Report Card 11, UNICEF Office of Research, Florence.
Hämtad från: http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc11_eng.pdf

Världshälsoorganisationen, WHO (2014), Mental health: a state of well-being.
Hämtad 10 mars 2015 från: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/

Barnhälsoindex

Indikator	Definition	Tid	Källa	Mål
Gymnasie-behörighet	andel elever som är behöriga till gymnasieskolan	våren 2014	Skolverket	1
Barnfattigdom	andel barn som inte bor i hushåll med låg inkomst eller socialbidrag	2012	SCB	2
Låg födelsevikt	andel nyfödda med födelsevikt >2500 g	2010-2012	Socialstyrelsen	3
Förskola	andel barn 1-5 år som är inskrivna i förskola (enskild och kommunal)	2013	Skolverket	3
Skador	andel barn som inte vårdats på sjukhus pga skador	2011-2013	Socialstyrelsen	5
Vaccination MPR	andel spädbarn som vaccinerats mot mässling, påssjuka eller röda hund (MPR)	Barn födda 2012	Socialstyrelsen	7
Aborter	andel kvinnor 15-19 år som inte genomgått abort	2008-2012	Socialstyrelsen	8
Övervikt	andel 4-åriga barn utan övervikt eller fetma	2013	VLL	9
Karies	andel 3-6-åriga barn utan karies	2014	VLL	10
Amning	andel spädbarn som ammas helt eller delvis vid 4 månader	Barn födda 2012	Socialstyrelsen	10
Rökning graviditet	andel gravida som inte rökte vid inskrivning på MHV	2008-2012	Socialstyrelsen	11
Rökning spädbarn	andel spädbarn där ingen i hushållet röker när barnet är 0-4 veckor	Barn födda 2009-2012	Socialstyrelsen	11
Tobaksfri	andel unga som inte röker (åk 9)	2014	ANDT, UNGA	11
Alkoholfri	andel unga som aldrig druckit alkohol (åk 9)	2014	ANDT, UNGA	11
Välbefinnande	andel barn som sällan eller aldrig känt sig ledsna, oroliga eller arga de senaste tre månaderna (åk 4)	2014	Hälsosamtalet i skolan	12
Mobbning	andel barn som inte behandlats illa av andra barn eller av vuxna de senaste tre månaderna (åk 4)	2014	Hälsosamtalet i skolan	12

Indikatorerna beskriver andel (procent) som är fria från ett hälsoproblem/riskfaktor eller som har en viss friskfaktor. Indikatorerna presenteras på en skala mellan 0 och 100, där 100 är målvärdet. Barnhälsoindex beräknas som ett medelvärde av de inkluderade indikatorerna.

SCB: Statistiska centralbyrån
VLL: Västerbottens läns landsting
ANDT: Drogvaneyundersökning som genomförs varje år i Skellefteå, Norsjö, Malå, Sorsele, Vilhelmina och Lycksele
UNGA: Totalundersökning av ungas hälsa som genomförs vartannat år i Umeå, Nordmaling, Robertsfors, Bjurholm, Vindeln och Vännäs
Hälsosamtalet i skolan: enkät som används av elevhälsan i alla kommuner och rapporteras till landstinget av Skellefteå, Umeå, Nordmaling, Lycksele, Malå, Robertsfors och Vindeln

En uppväxande generation som trivs och mår bra har betydelse för hela samhället. Hälsan hos barn och unga är betydelsefull för barnen idag men även för barnen när de blir vuxna. En välmående befolkning med god folkhälsa är en viktig aspekt för att åstadkomma en socialt hållbar utveckling. Samtidigt som en god folkhälsa även kan innebära positiva effekter på den ekonomiska och demografiska utvecklingen.

Barnhälsorapport 2015 är framtagen för att ge en samlad beskrivning av hur barn och unga i Västerbotten mår. Rapporten är tänkt att fungera som ett underlag för diskussion om mål och prioriteringar i de verksamheter som möter barn och unga i sitt arbete.

Barnhälsorapport 2015 inleds med en beskrivning av hälsoläget hos barn och unga i Västerbotten följt av fördjupningar inom varje folkhälsomål. Fördjupningarna beskriver folkhälsomålet och relaterar det till nuläget i Västerbotten läns kommuner.



REGION
VÄSTERBOTTEN

Box 443, 901 09 Umeå, Sweden
VISITOR Västra Norrlandsgatan 13, Umeå
PHONE +46 90 16 57 00 FAX +46 90 77 05 91
www.regionvasterbotten.se info@regionvasterbotten.se